

Interná medicína

RECENZOVANÝ, POSTGRADUÁLNE ZAMERANÝ ODBORNÝ LEKÁRSKY ČASOPIS

ISSN 1335-8359

Časopis je indexovaný
v Slovenskej národnej bibliografii

S1

22/2022

Internal medicine

PEER-REVIEWED POSTGRADUATE MEDICAL JOURNAL

Supplement

V. KAZUISTIKY Z INTERNEJ MEDICÍNY,
KARDIOLÓGIE A DIABETOLÓGIE

Online webinár

Interná med. 2022; 22 (S1)

Partneri:

Generálny partner:



Hlavní partneri:



Partneri:



Informácie o časopise

INTERNÁ MEDICÍNA

Odborným garantom časopisu je Slovenská internistická spoločnosť.

Ročník 22, 2022, Suplement 1
vychádza 11x ročne
(júl - august dvojčíslo)

REDAKČNÁ RADA**Predseda**

prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc., FRCP

Zástupca predsedníčky

prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Členovia

doc. MUDr. Viera Fábryová, CSc., mim. prof.

MUDr. Viera Fedelešová, CSc.

doc. MUDr. Eva Goncalvesová, CSc., FESC

prof. MUDr. Martin Haluzík, CSc.

prof. MUDr. Štefan Hrušovský, CSc., Dr.SVS.

prof. MUDr. Rudolf Hyrdel, CSc.

doc. MUDr. Zdenko Killinger, PhD.

doc. MUDr. Soňa Kiňová, PhD.

prof. MUDr. Peter Mitro, PhD.

prof. MUDr. Marián Mokáň, DrSc., FRCP Edin

doc. MUDr. Viliam Mojto, CSc., MHA

prof. MUDr. Karel Pacák, DrSc.

doc. MUDr. Ján Podoba, CSc.

prof. MUDr. Igor Riečanský, DrSc.

prof. MUDr. Ján Staško, PhD.

doc. MUDr. Mária Szántová, PhD.

prof. MUDr. Ivan Tkáč, PhD.

VYDAVATEĽ**A-medi management, s.r.o.**

Jarošova 1, 831 03 Bratislava

IČO: 44057717

e-mail: amedi@amedi.sk

www.amedi.sk

Redaktorka

Eva Stachová

e-mail: stachova@amedi.sk

Grafická úprava a sazba

Lukrecia Schiller

e-mail: dtp@amedi.sk

Manažér marketingu a podujatí

Ing. Martina Novosedlíková

e-mail: novosedlikova@amedi.sk

Manažér marketingu a inzercie

Eva Melišová

e-mail: melisova@amedi.sk

Odborná korektúra

doc. MUDr. Mária Szántová, PhD.

Jazyková korektúra

Mgr. Eva Doktorová

Korektúra anglických textov

Ing. Jana Babelová, PhD.

EKONOMIKA A PREDPLATNÉ**Ing. Martina Karvayová**

mobil: 0911 117 949

e-mail: karvayova@amedi.sk

Citačná skratka: Interná med.

Dátum vydania: január 2022

EV 3192/09

ISSN 1335-8359

Časopis je indexovaný v Slovenskej národnej bibliografii, Bibliographia medica Slovaca (BMS) a zaradený do citačnej databázy CiBaMed. Všetky články sú dvojstupňovo recenzované.

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov či inzerátov. Články na šedých stranách sú firemnými prezentáciami alebo nerecenzovanými informáciami, za ktorých obsah zodpovedá autor.

Reprodukcia obsahu je povolená len s priamym súhlasom redakcie.

OBSAH

Program	5
Abstrakty z prednášok	10



ČAS JE TEN NAJCENNEJŠÍ DAR

PRIDAJTE VAŠIM PACIENTOM
2,5 ROKA MOŽNOSTÍ*¹

DAJTE IM SILU DOSIAHNUŤ
VIAC^{†2-4}

1.10.2021
zmena indikačného
obmedzenia⁵

Jardiance®
(empagliflozín)

*Dospelí pacienti s nedostatočne kontrolovaným DM2 a KAO, PAO a IM alebo CMP v anamnéze. Jardiance nie je indikovaný na zníženie rizika nefropatie.²

†Jardiance nie je indikovaný na zníženie hmotnosti, tlaku krvi ani na liečbu nefropatie.²

1. Claggett B, et al. Circulation. 2018;138:1599–1601. 2. JARDIANCE Súhrn charakteristických vlastností lieku (október 2021). 3. Zinman, B et al. N Engl J Med. 2015;373:2117–2128. 4. Zelniker T, et al. Circulation. 2019;139:2022–2031. 5. <https://www.mzsr.sk/Clanok?lieky202110>

Skrátaná informácia o lieku

Názov lieku: Jardiance 10 mg, Jardiance 25 mg. **Zloženie lieku:** 10 mg alebo 25 mg empagliflozínu. **Lieková forma:** filmom obalená tableta. **Indikácie:** Diabetes mellitus 2. typu: Jardiance je indikovaný na liečbu dospelých s nedostatočne kontrolovaným diabetom mellitus 2. typu ako doplnok k diéte a pohybovej aktivite: ako monoterapia, ak sa metformín považuje z dôvodu neznášanlivosti za nevhodný; ako prídavná liečba k iným liekom na liečbu diabetes. Výsledky štúdie týkajúce sa kombinácií, účinkov na kontrolu glykémie a kardiovaskulárnych príhod, ako aj skúmaných populácií si pozrite v SPC. Srdcové zlyhávanie: Jardiance je indikovaný na liečbu dospelých so symptomatickým chronickým srdcovým zlyhávaním so zníženou ejekčnou frakciou. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Pre viac informácií si pozrite SPC. Diabetes mellitus 2. typu: Odporúčaná denná dávka je 10 mg. Maximálna denná dávka je 25 mg. Srdcové zlyhávanie: Odporúčaná dávka je 10 mg empagliflozínu jedenkrát denne. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok lieku. **Osobitné upozornenia:** Ketoacidóza: boli hlásené zriedkavé prípady ketoacidózy u pacientov s diabetom mellitus, pre viac informácií si pozrite SPC lieku. Porucha funkcie obličiek: na indikáciu diabetu mellitus 2. typu u pacientov s eGFR nižšou ako 60 ml/min/1,73 m² alebo CrCl <60 ml/min je denná dávka empagliflozínu obmedzená na 10 mg. Empagliflozín sa neodporúča používať, ak je eGFR nižšia ako 30 ml/min/1,73 m² alebo CrCl nižší ako 30 ml/min. Na indikáciu srdcového zlyhávania sa Jardiance neodporúča používať u pacientov s eGFR < 20 ml/min/1,73 m². Empagliflozín sa nemá používať u pacientov s ESRD ani u pacientov na dialýze. Na podporu jeho používania u týchto pacientov nie je k dispozícii dostatočné množstvo údajov. Sledovanie funkcie obličiek: pred začiatkom liečby a pravidelne počas liečby. Riziko deplécie objemu: je potrebné venovať pozornosť ich príjmu tekutín u pacientov. Staršie osoby: zvýšené riziko deplécie objemu. Komplikované infekcie močových ciest: zvážť dočasné prerušenie liečby. Nekrotizujúca fasciitída perinea (Fournierova gangréna): po uvedení lieku na trh boli hlásené prípady nekrotizujúcej fasciitídy perinea (známej tiež ako Fournierova gangréna). Ide o zriedkavú, ale závažnú a potenciálne život ohrozujúcu udalosť, ktorá vyžaduje urgentný chirurgický zákrok a antibiotickú liečbu. Amputácie dolných končatín: počas klinických štúdií s ďalším inhibítorom SGLT2 sa pozoroval zvýšený počet prípadov amputácií dolných končatín (primárne prsta na nohe). Je dôležité pacientov poučiť o bežnej preventívnej starostlivosti o nohy. Poškodenie pečene: hlásené iba v klinických štúdiách. Zvýšený hematokrit: pri liečbe bolo pozorované zvýšenie hematokritu. Chronické ochorenie obličiek: existujú skúsenosti s empagliflozínom na liečbu diabetu u pacientov s chronickým ochorením obličiek (eGFR ≥ 30 ml/min/1,73 m²) salbuminúriou aj bez nej. U pacientov s albuminúriou môže byť prínos liečby empagliflozínom vyšší. Laboratórne vyhodnotenie moču: pozitívny výsledok vyšetrenia glukózy v moči. Interferencia s testom 1,5-anhydroglucitolu: monitorovanie kontroly glykémie pomocou tohto testu sa neodporúča. Laktóza: tablety obsahujú laktózu, možná intolerancia. **Liekové interakcie:** Farmakodynamické interakcie: diuretiká, inzulín a liečivá podporujúce vylučovanie inzulínu. Farmakokinetické interakcie: účinky iných liekov na empagliflozín: probenecid, gemfibrozil, rifampicin, verapamil; účinky empagliflozínu na iné lieky: empagliflozín nemá žiadny klinicky významný účinok na farmakokinetiku metformínu, glimepiridu, pioglitazónu, sitagliptínu, linagliptínu, simvastatínu, warfarínu, ramipirilu, digoxínu, diuretiká a perorálnych kontraceptív. **Nežiaduce účinky:** veľmi časté: hypoglykémia (pri užívaní so sulfonylmočovinou alebo inzulínom), deplécia objemu. **Uchovávanie:** Tento liek nevyžaduje žiadne zvláštne teplotné podmienky na uchovávanie. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Nemecko. **Dátum revízie textu:** Október 2021.

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Určené pre odbornú verejnosť. Podrobnejšie informácie sú uvedené v Súhrne charakteristických vlastností lieku, ktorý získate na dole uvedenej adrese. Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG, o.z., Landererova 12, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: info.brt@boehringer-ingelheim.com

Dátum schválenia materiálu: Október 2021

ŠTVRTOK 10. 2. 2022

14:30 Otvorenie podujatia Kazuistiky v Internej medicíne, kardiológii a diabetológii

14:40 – 16:10

INTERNÁ MEDICÍNA I

Predsedníctvo: prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc., FRCP
doc. MUDr. Soňa Kiňová, PhD.

- 1. Pavúková, S., Hrubíšková, K., Jackuliak, P., Payer, J. (Bratislava):**
Multisystémový zápalový syndróm dospelých (MIS-A) asociovaný s COVID-19.
- 2. Smaha, J., Kužma, M., Brázdilová, K., Jackuliak, P., Payer, J. (Bratislava):**
Použitie chirurgického rúška spolu s vysoko-prietokovou nazálnou kanylou (HFNC) vedie k zlepšeniu oxygenácie u pacientov s COVID-19: súbor kazuistik.
- 3. Vnučák, M., Graňák, K., Beliančinová, M., Skálová, P., Jeseňák, M., Machálek, K., Samoš, M., Benko, J., Dedinská, I. (Martin, Bratislava):**
Akútna celulárna a humorálna rejekcia transplantovanej obličky po podaní vektorovej vakcíny proti vírusu SARS-CoV-2.
- 4. Truchla, I., Ihnatko, M., Ihnatková, L., Prohászka, Z., Lazúrová, I. (Košice, Budapešť):** Vakcínou indukovaná trombotická trombocytopenia – jeden z prvých dokumentovaných prípadov na Slovensku.
- 5. Kozelová, Z., Lazúrová, Z., Bencová, D., Iláš, M., Dedinská, K., Guman, T., Javorský, M. (Košice):** Nezvyčajná príčina akútneho zlyhania obličiek.
- 6. Ihnatko, M., Truchla, I., Ihnatková, L., Felšöci, M., Lazúrová, I. (Košice):**
Neobvyklá príčina zlyhania pečene s laktátovou acidózou.
- 7. Sotak, Š., Franko, R., Lazúrová, I. (Košice):** Makuly nás doviedli k diagnóze.
- 8. Pastírová, K., Hrubíšková, K., Payer, J. (Bratislava):** Juvenilná idiopatická artritída alebo Muckle Wells syndróm?

16:10 – 16:20 prestávka

ŠTVRTOK 10. 2. 2022

16:20 – 17:00

PREDNÁŠKY SPOLOČNOSTÍ

Prednáška podporená spoločnosťou Novartis

Osud pacienta s chronickým srdcovým zlyhávaním vieme ovplyvniť UŽ v nemocnici

MUDr. Peter Letavay, MBA

Prednáška podporená spoločnosťou Novartis

Čas Stability – správny čas na zmenu liečby?

MUDr. Milan Luknár, PhD.

Prednáška podporená spoločnosťou Berlin Chemie Menarini

Nebivolol a kardiálne komplikácie hypertenzie

doc. MUDr. Štefan Farský, CSc., FESC.

Prednáška podporená spoločnosťou Mundipharma Gesellschaft m.b.H.

Renoprotektívny účinok pri liečbe diabetes mellitus inhibítorom SGLT2 – kanagliflozínom

MUDr. Dáša Skripová, PhD.

17:00 – 18:00

KARDIOLÓGIA I

Predsedníctvo: doc. MUDr. Eva Goncalvesová, CSc., FESC
MUDr. Juraj Dúbrava, PhD., FESC

1. Čarnoký, S., Hrešková, R., Kafková, B., Novotný, R., Jankajová, M., Valočík, G. (Košice): Od STEMI k myxómu a cievnej mozgovej príhode.
2. Benko, J., Bolek, T., Samoš, M., Mokáň, M. (Martin): AV blokáda 3.stupňa po anti SARS-CoV-2 vakcinácii.
3. Snopek, P., Hasilla, J., Patrovič, L., Juskanič, D. (Nitra): „Zhrubnuté srdce“ s hypotenziou.
4. Kozlovský, M. (Myjava): Infekčná endokarditída dnes.
5. Bolek, T., Samoš, M., Krivuš, J., Dobrotová, M., Škorňová I., Mokáň M. (Martin): Recidivujúce žilové trombózy napriek plnej antikoagulačnej liečbe.

PIATOK 11. 2. 2022

14:30 Otvorenie podujatia Kazuistiky v Internej medicíne, kardiológii a diabetológii

14:35 – 15:35

KARDIOLÓGIA II

Predsedníctvo: doc. MUDr. Eva Goncalvesová, CSc., FESC
MUDr. Juraj Dúbrava, PhD., FESC

1. **Petruš, P., Čambál, D., Bajer, M. (Trnava):** Multisystémový zápalový syndróm u dospelých po prekonanom ochorení COVID-19 a jeho kardiálna manifestácia.
2. **Chromeková, K., Rybár, I. (B. Bystrica):** COVID-19 a intrakardiálna trombóza.
3. **Dokupilová, A., Ivan, B., Maďarič, J., Payer, J. (Nitra, Bratislava):** Keď akútna venózna trombóza komplikuje súčasné závažné krvácanie.
4. **Kalvodová, Z., Gbúr, M., Jankajová, M., Grofčíková, J., Koščo, M. (Košice):** Akútna končatinová ischémia ako prvý rozpoznaný prejav venózneho tromboembolizmu.
5. **Péč, M. J., Jurica, J., Bolek, T., Samoš, M., Péčová, M., Krivuš, J., Horná, S., Galajda, P., Mokáň, M. (Martin):** Medzi Skylou a Charybdis: terapeutický rébus.

15:35 – 15:50 prestávka

15:50 – 16:10

PREDNÁŠKY SPOLOČNOSTÍ

Prednáška podporená spoločnosťou Boehringer-Ingelheim

Perspektívy skorej a optimálnej liečby diabetu 2.typu

MUDr. Oľga Bobelová

PIATOK 11. 2. 2022

16:10 – 17:50

INTERNÁ MEDICÍNA II

Predsedníctvo: prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc., FRCP
prof. MUDr. Marián Mokáň, DrSc., FRCP Edin

1. **Jurica, J., Benko, J., Cingel, M., Krivuš, J., Péč, M. J. (Bratislava, Martin):** Diagnostický oriešok – rekurentné krvácanie z konečníka bez nálezu zdroja.
2. **Polko, J. (Žilina):** Jedna tabletky – ochrana na viacerých úrovniach.
3. **Havaj, D. J., Adamcová-Selčanová, S., Šulejová, K. K., Bystrianska, N., Žilinčanová, D., Skladaný, Ľ. (B. Bystrica):** CAIDS ako bežná, ale opomínaná súčasť komplikácií dekompenzovanej cirhózy pečene.
4. **Šulejová, K. K., Adamcová-Selčanová, S., Bystrianska, N., Žilinčanová, D., Havaj, D. J., Skladaný, Ľ. (B. Bystrica):** Kritériá urgentnej transplantácie pečene podľa Lille protokolu v.s. abstinenčný interval – implikácia ACE ako súčasť terapeutického protokolu.
5. **Glevická, M., Sedlák, M., Szántová, M., Mojto, V. (Bratislava):** Keď tradičná ruská medicína nie je medicínou.
6. **Sojáková, D., Orolínová, M., Eštuová, L., Lazúrová, I. (Levoča, Košice):** Gitelmanov syndróm – príčina ťažkej hypokaliémie.
7. **Filipová L., Zikán V., Kršek M., Netuka D., Michal M., Lazúrová I. (Košice, Praha, Plzeň):** Tumorom indukovaná osteomalácia.
8. **Bosíková, Ľ. (Žilina):** Voľba optimálneho inzulínového režimu u diabetika.

17:50 – 18:00

Ukončenie a slávnostné vyhlásenie víťazov



Entresto®

sakubitril/valsartan

Liek **ENTRESTO®** (sakubitril/valsartan) je indikovaný na liečbu symptomatického chronického zlyhávania srdca so zníženou ejekčnou frakciou.¹

Od 1. decembra 2021 sa rozširuje preskripčné obmedzenie lieku **ENTRESTO®** (sakubitril/valsartan) o **INTERNISTOV a GERIATROV**.²

Pacient vhodný na **ENTRESTO®** (sakubitril/valsartan) =
Ejekčná frakcia ľavej komory $\leq 35\%$ + 4 týždne ACEi³

Indikačné obmedzenia sakubitril/valsartan.³

Hradená liečba sa môže indikovať u dospelých pacientov so symptomatickým chronickým srdcovým zlyháváním pri splnení nasledujúcich kritérií:

- ejekčná frakcia ľavej komory $\leq 35\%$,
- symptomatické srdcové zlyhávanie funkčnej triedy II a III podľa NYHA,
- predchádzajúca liečba RAS inhibítorom (ACEi alebo ARB) v trvaní minimálne 4 týždne,
- napriek liečbe pretrvávajú symptómy srdcového zlyhávania (definované ako znaky a príznaky v odporúčaniach Európskej kardiologickej spoločnosti).

Entresto 24 mg/26 mg, Entresto 49 mg/51 mg, Entresto 97 mg/103 mg

Prezentácia: Filmom obalené tablety obsahujúce 24,3 mg sakubitrilu a 25,7 mg valsartanu, 48,6 mg sakubitrilu a 51,4 mg valsartanu, alebo 97,2 mg sakubitrilu a 102,8 mg valsartanu (ako komplex sodných solí sakubitrilu a valsartanu). **Indikácie:** Entresto je indikované dospelým pacientom na liečbu symptomatického chronického zlyhávania srdca so zníženou ejekčnou frakciou. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Odporúčaná začiatková dávka Entresta je jedna tableta 49 mg/51 mg dvakrát denne. Dávka sa má zdvojnásobiť po 2-4 týždňoch na cieľovú dávku jednej tablety 97 mg/103 mg dvakrát denne, podľa toho, ako pacient znáša liečbu. U pacientov, ktorí v súčasnosti neužívajú inhibitor ACE alebo ARB, alebo užívajú nízke dávky týchto liekov, sa odporúča začiatková dávka 24 mg/26 mg dvakrát denne a pomalá titrácia dávky (zdvojnásobenie každé 3-4 týždne). **Staršia populácia:** Dávka sa má upraviť podľa funkcie obličiek staršieho pacienta. **Porucha funkcie obličiek:** Nie je potrebná úprava dávky u pacientov s ľahkou poruchou funkcie obličiek. U pacientov so stredne ťažkou poruchou funkcie obličiek sa má zväčšiť začiatková dávka 24 mg/26 mg dvakrát denne. U pacientov s ťažkou poruchou funkcie obličiek sa má Entresto používať s opatnosťou a odporúča sa začiatková dávka 24 mg/26 mg dvakrát denne. **Porucha funkcie pečene:** U pacientov s ľahkou poruchou funkcie pečene nie je potrebná úprava dávky. U pacientov so stredne ťažkou poruchou funkcie pečene sa má Entresto používať s opatnosťou a odporúča sa začiatková dávka 24 mg/26 mg dvakrát denne. Entresto je kontraindikované u pacientov s ťažkou poruchou funkcie pečene, bilárnu cirhózou alebo cholestázou. **Pediatrická populácia:** Bezpečnosť a účinnosť Entresta u detí a dospievajúcich vo veku menej ako 18 rokov neboli stanovené. **Spôsob podávania:** Entresto sa môže podávať s jedlom alebo bez jedla. **Kontraindikácie:** **■** Precitlivosť na liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **■** Súbežné užívanie s inhibítorom ACE. **■** Údaj o angioedéme súvisiacom s predchádzajúcou liečbou inhibítorom ACE alebo ARB v anamnéze. **■** Dedičný alebo idiopatický angioedém. **■** Súbežné užívanie s liekmi obsahujúcimi aliskiren u pacientov s diabetes mellitus alebo u pacientov s poruchou funkcie obličiek (eGFR < 60 ml/min/1,73 m²). **■** Ťažká porucha funkcie pečene, bilárna cirhóza a cholestáza. **■** Druhý a tretí trimester gravidity. **Upozornenia/Varovania:** **Diaľna inhibícia systému renin-angiotenzín-aldosterón (RAAS):** Kombinácia sakubitrilu/valsartanu s inhibítorom ACE je kontraindikovaná pre zvýšené riziko angioedému. Sakubitril/valsartan sa nesmie začať podávať skôr ako 36 hodín od užitia poslednej dávky pri liečbe inhibítorom ACE. Ak sa liečba sakubitrilom/valsartanom ukončí, liečba inhibítorom ACE sa nesmie začať skôr ako 36 hodín od poslednej dávky sakubitrilu/valsartanu. Kombinácia sakubitrilu/valsartanu s priamymi inhibítormi renínu, napr. aliskirenom, sa neodporúča. Kombinácia sakubitrilu/valsartanu s liekmi obsahujúcimi aliskiren je kontraindikovaná u pacientov s diabetes mellitus alebo u pacientov s poruchou funkcie obličiek. Entresto sa nemá podávať súbežne s iným liekom obsahujúcim ARB. **Hypotenzia:** Liečba sa nemá začať, ak STK nie je ≥ 100 mmHg. Na začiatku liečby alebo počas titrácie dávky sakubitrilu/valsartanu sa má rutinne kontrolovať tlak krvi. Ak sa objaví hypotenzia, odporúča sa dočasná titrácia nadol alebo ukončenie podávania sakubitrilu/valsartanu. Má sa zvážiť úprava dávky diuretik, súbežne užívaných antihypertenzív a liečba iných príčin hypotenzie. Deplicia sodíka a/alebo objemu sa má upraviť pred začiatkom liečby sakubitrilom/valsartanom. **Porucha funkcie obličiek:** U pacientov s ľahkou a stredne ťažkou poruchou funkcie obličiek je vyššie riziko vzniku hypotenzie. U pacientov s ťažkou poruchou funkcie obličiek sú veľmi obmedzené klinické skúsenosti. **Zhoršenie funkcie obličiek:** Užívanie sakubitrilu/valsartanu sa môže spájať so znížením funkcie obličiek. Titrácia nadol sa má zväčšiť u pacientov, u ktorých sa vyskytne klinicky významný pokles funkcie obličiek. **Hyperkalémia:** Liečba sa nemá začať, ak je koncentrácia draslíka v sére $> 5,4$ mmol/l. Odporúča sa sledovať koncentráciu draslíka v sére, hlavne u pacientov s rizikovými faktormi, napr. poruchou funkcie obličiek, diabetes mellitus či hypoadosteronizmom, u pacientov s vysokým príjmom draslíka v strave alebo počas liečby antagonistami mineralokortikoidov. Ak sa u pacientov vyvinie klinicky závažná hyperkalémia, odporúča sa úprava dávkovania súbežne užívaných liekov, alebo dočasná titrácia nadol alebo ukončenie podávania Entresta. **Angioedém:** Ak sa objaví angioedém, podávanie sakubitrilu/valsartanu sa má okamžite ukončiť a má sa podať vhodná liečba a zabezpečiť sledovanie až do úplného a trvalého vymiznutia prejavov a príznakov. Liek sa nesmie znovu podať. Pacienti s angioedémom v anamnéze sa nesledovali. Keďže u nich môže byť vyššie riziko angioedému, odporúča sa opatnosť, ak sa sakubitril/valsartan používa u takýchto pacientov. Sakubitril/valsartan je kontraindikovaný u pacientov so známymi údajmi o angioedéme súvisiacom s predchádzajúcou liečbou inhibítorom ACE alebo ARB v anamnéze, alebo s dedičným alebo idiopatickým angioedémom. **Pacienti so stenózou obličkových artérií:** U pacientov so stenózou obličkových artérií je potrebná opatnosť a odporúča sa sledovanie funkcie obličiek. **Pacienti s funkčnou triedou IV podľa klasifikácie NYHA:** Opatnosť je potrebná na začiatku liečby sakubitrilom/valsartanom u týchto pacientov vzhľadom na obmedzené klinické skúsenosti u tejto populácie. **Pacienti s poruchou funkcie pečene:** Klinické skúsenosti sú obmedzené u pacientov so stredne ťažkou poruchou funkcie pečene. U týchto pacientov sa môže zvýšiť expozícia a bezpečnosť nie je stanovená, preto sa odporúča opatnosť. **Psychické poruchy:** Ak sa u pacienta vyskytnú psychické poruchy, ako halucinácie, paranoja a poruchy spánku, má sa zväčšiť prerušenie liečby sakubitrilom/valsartanom. **Interakcie:** **Súbežné užívanie je kontraindikované:** Súbežné užívanie sakubitrilu/valsartanu a inhibítora ACE je kontraindikované. Liečba sakubitrilom/valsartanom sa nesmie začať skôr ako 36 hodín od užitia poslednej dávky inhibítora ACE. Liečba inhibítorom ACE sa nesmie začať skôr ako 36 hodín od poslednej dávky sakubitrilu/valsartanu. Súbežné užívanie sakubitrilu/valsartanu a liekov obsahujúcich aliskiren je kontraindikované u pacientov s diabetes mellitus alebo u pacientov s poruchou funkcie obličiek. **Súbežné použitie sa neodporúča:** Sakubitril/valsartan obsahuje valsartan, preto sa nemá podávať súbežne s iným liekom obsahujúcim ARB. **Interakcie vyžadujúce opatnosť:** Opatnosť je potrebná pri súbežnom podávaní so statínami, sildenafilom, diuretikami, šetriacimi draslík (triampteren, amilorid), antagonistami mineralokortikoidov (napr. spironolaktón, eplerenón), doplnkami draslíka, náhradami soli obsahujúcimi draslík, nesteroidnými protizápalovými liekmi (NSAID) vrátane selektívnych inhibítorov cyklooxygenázy-2 (COX-2), lítom, inhibítormi OATP1B1, OATP1B3, OAT3 (napr. rifampicín, cyklosporín), OAT1 (napr. tenofovir, cidofovir) alebo MRP2 (napr. ritonavir) a metforminom (pozri súhrn charakteristických vlastností lieku). **Fertilita, gravidita a laktácia:** Nie sú dostupné žiadne údaje o účinku sakubitrilu/valsartanu na fertilitu ľudí. Použitie sakubitrilu/valsartanu sa neodporúča počas prvého trimestra gravidity a je kontraindikované počas druhého a tretieho trimestra gravidity. Keď sa diagnostikuje gravidita, liečba Entrestom sa má okamžite ukončiť a ak je to vhodné, má sa začať alternatívna liečba. Nie je známe, či sa sakubitril/valsartan vylučuje do ľudského mlieka. Pre možné riziko nežiaducich reakcií u dojčiacich novorodencov/dojčiac sa užívanie Entresta neodporúča počas dojčenia. **Nežiaduce účinky:** Najčastejšie hlásené nežiaduce reakcie počas liečby sakubitrilom/valsartanom boli hypotenzia, hyperkalémia a porucha funkcie obličiek. U pacientov liečených sakubitrilom/valsartanom sa zaznamenali angioedém. Úplný zoznam nežiaducich reakcií, ako aj zips vybraných nežiaducich reakcií je uvedený v súhrne charakteristických vlastností lieku. **Dostupné veľkosti balenia:** 28 x 24 mg/26 mg, 56 x 49 mg/51 mg, 56 x 97 mg/103 mg. **Registračné číslo:** EU/1/15/1058/001-022 **Dátum poslednej revízie SmPC:** 05/2021 * Všímate si prosím zmeny v súhrne charakteristických vlastností lieku. **Poznámka:** Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred predpísaním lieku si prečítajte súhrn charakteristických vlastností lieku, ktorý získate na dolevedenej adrese.

1. Súhrn charakteristických vlastností lieku Entresto, 05/2021, <https://www.sukl.sk> 2. Rozhodnutie MZ SR, <https://kategorizacia.mzsr.sk/Lieky/Common/Details/22267>. 3. Zoznam kategorizovaných liekov, časť B: Indikačné obmedzenia, <https://www.health.gov.sk/zoznam-kategorizovanych-liekov>



INTERNÁ MEDICÍNA I

MULTISYSTÉMOVÝ ZÁPALOVÝ SYNDRÓM DOSPELÝCH (MIS-A) ASOCIOVANÝ S COVID-19

Pavúková S., Hrubíšková K., Jackuliak P., Payer J.
V. interná klinika LF UK a UN Bratislava

Niekoľko týždňov po zotavení sa z infekcie SARS-CoV-2 sa môžu vyskytnúť klinicky závažnejšie prípady, ktoré označujeme ako multisystémový zápalový syndróm súvisiaci s COVID-19 (MIS). V našej kazuistike prezentujeme prípad 42-ročnej pacientky bez interného predchorobia, ktorá po 25tich dňoch od potvrdenia ochorenia COVID-19 bola prijatá na ORL oddelenie pre krčnú lymfadenitídu a horúčky. Stav pacientky v priebehu 24-och hodín eskaloval, čo viedlo k rozvoju septického šoku s nutnosťou vazopresorickej podpory, ktorý bol dôvodom hospitalizácie na JIS V. internej kliniky LFUK a UNB. V priebehu 48 hodín ďalšia progresia zápalového procesu viedla ku ťažkej respiračnej insuficiencii s nutnosťou podávania vysokoprietokového kyslíka nazálnou kanylou (HFVC). Po vylúčení všetkých predpokladaných zdrojov infekcie sme stav v spolupráci s imunológom uzavreli ako MIS-A. Pacientka spĺňala aktuálne platné CDC kritériá pre dané ochorenie. Do liečby sme pridali kortikoidy, vysoké dávky IVIG a anakinru. Stav pacientky sa po podanej terapii výrazne zlepšil a po 11 dňoch hospitalizácie bola demitovaná.

Napriek tomu, že multisystémový zápalový syndróm asociovaný s infekciou SARS-CoV2 spolu s oneskorenou imunitnou odpoveďou počas ochorenia COVID-19 možno pozorovať najmä u detí, nie je výnimkou ani u dospelých. Poznanie jeho manažmentu môže rapídne zlepšiť závažné klinické a laboratórne nálezy.

POUŽITIE CHIRURGICKÉHO RÚŠKA SPOLU S VYSOKO-PRIETOKOVOU NAZÁLNOU KANYLOU (HFNC) VEDIE K ZLEPŠENIU OXYGENÁCIE U PACIENTOV S COVID-19: SÚBOR KAZUISTÍK

Smaha J., Kužma M., Brázdilová K., Jackuliak P., Payer J.
V. interná klinika LF UK a UN Bratislava

Nový koronavírus SARS-CoV-2 je zodpovedný za rozvoj akútneho infekčného ochorenia COVID-19. Zatiaľ čo u väčšiny ľudí má toto ochorenie mierny priebeh, u signifikantnej časti infikovaných sa rozvinie určitá miera respiračnej insuficiencie, vyžadujúca hospitalizáciu. V prípade zlyhania konvenčnej oxygenoterapie je metódou voľby u pacientov s respiračnou insuficienciou vysokoprietoková oxygenoterapia pomocou nazálnej kanyly (HFNC). V snahe o zmiernenie disperzie infekčného aerosolu pri liečbe s HFNC, sa na viacerých pracoviskách nazálna kanyla u pacienta prekrýva chirurgickým rúškom. Podľa recentných pozorovaní by aplikácia chirurgického rúška u týchto pacientov mohla mať aj pozitívny efekt na parametre oxygenácie bez klinicky relevantných nežiaducich účinkov. Na predkladanom súbore kazuistík demonštrujeme tento efektívny, jednoduchý a dostupný spôsob ako zlepšiť oxygenáciu u pacientov s ochorením COVID-19 a hypoxemickým respiračným zlyhaním liečených s HFNC.

AKÚTNÁ CELULÁRNA A HUMORÁLNA REJEKCIA TRANSPLANTOVANEJ OBLIČKY PO PODANÍ VEKTOROVEJ VAKCÍNY PROTI VÍRUSU SARS-CoV-2

Vnučák M.¹ Graňák K.¹, Beliančinová M.¹, Skálová P.¹, Jeseňák M.², Machálek K.³, Kajová K.³, Samoš M.⁴, Benko J.⁴, Dedinská I.¹

¹Transplantačné Centrum, Univerzitná nemocnica Martin a Jesseniova lekárska Fakulta Univerzity Komenského

²Klinika detí a dorastu, Univerzitná nemocnica Martin a Jesseniova lekárska Fakulta Univerzity Komenského

³Ústav patológie, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

⁴1. Interná klinika, Univerzitná nemocnica Martin a Jesseniova lekárska Fakulta Univerzity Komenského

Pandémia ochorenia COVID-19, tiež známa ako pandémia koronavírusu, je vážnym zdravotným problémom a významnou záťažou pre pokročilé zdravotnícke systémy, ktorá zvyšuje náklady na poskytovanú zdravotnú starostlivosť. Očkovanie sa ukázalo ako kľúčový nástroj na kontrolu prebiehajúcej pandémie. Pacienti po transplantácii solídnych orgánov boli identifikovaní ako vysoko riziková skupina pre toto ochorenie a majú prioritné postavenie v očkovacej stratégii. Užívanie chronickej imunosupresívnej liečby nepredstavuje kontraindikáciu pre podanie aktuálne používaných mRNA vakcín, ako aj vakcín na báze vírusových vektorov.

V príspevku prezentujeme klinický prípad 25-ročnej pacientky 5 rokov po primárnej transplantácii obličky od mŕtveho darcu s dlhodobou dobrou stabilnou funkciou štepu, u ktorej došlo k akútnemu zlyhaniu obličky 14 dní po očkovaní proti COVID-19 vakcínou na báze adenovírusového vektora – AstraZeneca. Pacientke bola biopsiou a detekciou de novo vzniknutých donor-špecifických protilátok potvrdená akútna celulárna a humorálna reakcia.

VAKCÍNOU INDUKOVANÁ TROMBOTICKÁ TROMBOCYTOPÉNIA – JEDEN Z PRVÝCH DOKUMENTOVANÝCH PRÍPADOV NA SLOVENSKU

Truchla I.¹, Ihnatko M.¹, Ihnatková I.², Prohászka Z.³, Lazúrová I.¹

¹I. interná klinika, LF UPJŠ a UNLP Košice

²Klinika hematológie a onkohematológie, LF UPJŠ a UNLP Košice

³Research Laboratory, Department of Internal medicine and Hematology, Semmelweis University, Budapest

Pojem vakcínou indukovaná trombotická trombocytopénia (VITT) označuje klinický syndróm zahŕňajúci výskyt trombotických príhod a trombocytopénie v súvislosti s administráciou vakcín proti ochoreniu COVID-19 obsahujúcich rekombinantný adenovírusový vektor kódujúci S-proteín. Ide o raritnú komplikáciu, ktorá však vyvolala obavy z ich bezpečnosti. Už samotný termín naznačuje klinickú a laboratórnu podobnosť s heparínom indukovanou trombocytopéniou (HIT), pre ktorú rovnako svedčí tvorba protilátok proti komplexu heparín/PF4. Ďalším labora-

tórnym dôkazom je rôzne závažná trombocytopenia, zvýšená hladina D-diméru a nízka koncentrácia fibrinogénu. Trombotické komplikácie atypicky postihujú predovšetkým mozgové splavy a splachnické riečisko. Neliečená VITT môže viesť k úmrtiu, liečba má byť preto neodkladná. Pozostáva z aplikácie vysokých dávok intravenózných imunoglobulínov, ktorú možno ďalej rozšíriť o terapiu kortikosteroidmi, prípadne plazmaferézou.

V našej kazuistike prezentujeme prípad 31-ročného muža bez interného predchorenia, ktorý bol prijatý pre ambulantne zistenú trombocytopeniu. Anamnesticky udával bolesti hlavy, dyspnoe a vznik hematómov na trupe a končatinách. Ťažkosti sa objavili približne 7 dní od podania vakcíny ChAdOx1nCov-19. Pri fyzikálnom vyšetrení bol pacient pokojovo eupnoický, mierne tachykardický a hypertenzný. Laboratórne bola potvrdená trombocytopenia ťažkého stupňa, niekoľkonásobne zvýšená hladina D-diméru a deficit fibrinogénu. Suponovanú diagnózu VITT sme dodatočne verifikovali vyšetrením protilátok proti komplexu heparín-PF4. Z trombotických komplikácií bola CT vyšetrením zistená bilaterálna segmentálna pľúcna embólia. Pacientovi sme aplikovali intravenózne imunoglobulíny v kombinácii s prednisonom, v rámci antikoagulačnej liečby fondaparinux. Uvedeným postupom bola dosiahnutá úprava klinického stavu, počtu trombocytov i hladiny D-diméru. Na 9. deň hospitalizácie bol pacient v stabilizovanom stave prepustený do starostlivosti ambulantného hematológa.

NEZVÝČAJNÁ PRÍČINA AKÚTNEHO ZLYHANIA OBLIČIEK

Kozelová Z.¹, Lazúrová Z.¹, Bencová D.¹, Iláš M.², Dedinská K.³, Guman T.³, Javorský M.¹

¹IV. interná klinika UPJŠ LF a UNLP Košice

²Urologická klinika UPJŠ LF a UNLP Košice

³Klinika hematológie a onkohematológie UPJŠ LF a UNLP Košice

Úvod: Procesy infiltrujúce interstícium obličky ako napríklad lymfómy sú zriedkavou príčinou akútnej renálnej insuficiencie. Najčastejšiu malignitu vo vekovej skupine medzi 20. – 40. rokom predstavujú práve non-hodgkinove lymfómy (NHL), spomedzi ktorých u nás dominuje difúzny veľkobunkový B-lymfóm (DLBCL).

Opis prípadu: Ide o 36-ročného obézneho muža (BMI 43,3) bez závažného interného predchorenia, ktorý niekoľko mesiacov trvajúce bolesti v ľavej lumbálnej oblasti propagujúce sa do ľavej DK asocioval s opotrebovaním bedrového kĺbu. Situáciu (s ohľadom na pandémiu) riešil telefonickou konzultáciou VLD s odporúčaním liečby nesteroidnými antiflogistikami (NSAID). Posledný mesiac sa mu však bolesti zintenzívnili, a pre makroskopickú hematúriu absolvoval ambulantne urologické vyšetrenie, pri ktorom už urológ nachádza značne elevované renálne parametre a pacienta cestou Urologického oddelenia odosiela na CT urotraktu, ktorým sa u pacienta zisťuje objemná nehomogénna tumorózná masa retroperitonea vľavo. Po vylúčení subrenálnej obštrukcie bol pacient 8. 6. 2021 prijatý na IV. internú kliniku ako akútne zlyhanie obličiek kombinovanej etiológie – na podklade nádorovej infiltrácie obličky, hyperurikémie pri spontánnom „tumor lysis syndróme“ a abúze NSAID, so vstupnými hodnotami urey 30 mmol/l a kreatinínu 780 µmol/l, v čase príjmu bez me-

tabolickej acidózy a oligúrie. Cestou Kliniky angiologie VÚSCH mu počas hospitalizácie bol zavedený permanentný dialyzačný katéter do VJI I. dx., ktorý umožnil pravidelné HD počas ďalšieho diagnostického a terapeutického procesu. Doplnené CT s KL potvrdilo rozsiahlu TU masu retroperitonea v oblasti ľavej obličky s naliehaním a infiltráciou príslušných štruktúr, taktiež malé MTS ložisko pečene a osteolytické ložisko charakteru MTS v oblasti lopaty pravej BK. Po stabilizácii stavu 17. 6. 2021 v spolupráci s urológmi bola u pacienta vykonaná biopsia TU retroperitonea v LA pod USG kontrolou, s reprezentatívnou vzorkou, ktorej definitívny histologický výsledok verifikuje DLBCL. Záver: Napriek typickej triáde príznakov, ktorými boli hematúria, bolesti v boku a palpovateľná abdominálna masa, bola diagnóza postihnutia obličky stanovená až v čase disseminovaného základného ochorenia.

Táto práca bola podporovaná Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky v rámci projektu s registračným číslom 2019/29-UPJŠ-1.

NEOBVYKLÁ PRÍČINA ZLYHANIA PEČENE S LAKTÁTOVOU ACIDÓZOU

Ihnatko M.¹, Truchla I.¹, Ihnatková L.², Felšöci M.¹, Lazúrová I.¹

¹I. interná klinika UPJŠ LF a UNLP Košice

²Klinika hematológie a onkohematológie UPJŠ LF a UNLP Košice

Úvod: Difúzny veľkobunkový B-lymfóm (DLBCL) je najbežnejší histologický typ Non-Hodgkinovho lymfómu (NHL). Postihnutie pečene sa vyskytuje v 16-46 % prípadov DLBCL, majoritne je pozorované až v pokročilých štádiách ochorenia pri extranodálnom šírení, pričom primárny lymfóm pečene je zriedkavý.

Kazuistika: Prezentujeme prípad 53-ročného pacienta s arteriálnou hypertenziou prijatého pre zlyhanie pečene s obrazom nekrotického poškodenia, encefalopatiou, asymptomatickými hypoglykémiami, laktátovou acidózou, pancytopeniou a hypo-koagulačným stavom. CT abdomenu dokumentuje hepatomegáliu charakteru steatofibrotickej prestavby a splenomegáliu, bez lymfadenopatie. V rámci diferenciálnej diagnostiky vylučujeme náhlu príhodu brušnú, infekčné a toxické poškodenie pečene, infiltráciu solídnym tumorom resp. metastatické postihnutie. Zvažujeme hematoonkologické alebo autoimunitné ochorenie, aplikujeme pulzy kortikosteroidov, trepanobiopsia kostnej drene verifikuje 60 % infiltráciu bunkami DLBCL, po zlepšení klinického stavu indikujeme kauzálnu terapiu. Stav komplikovaný HR-CT potvrdenou bilaterálnou pneumóniou s invazívnou pľúcnou mykózou a epizódou traumatického intrakraniálneho krvácania s progresiou do exitus letalis. Patologicko-anatomickou pitvou bol potvrdený DLBCL s infiltráciou pečene, sleziny a intraabdominálnych lymfatických uzlín.

Diskusia: Infiltrácia pečene hematologickými malignitami sa pozoruje v 15-22 % prípadov a môže sa manifestovať jej zlyhaním. Včasná diagnostika DLBCL s podaním chemoterapie môže potencióálne zlepšiť prognózu týchto pacientov. Prítomnosť laktátovej acidózy je v prípade pacientov s lymfómom spojená s horšou prognózou. V rámci diferenciálnej diagnostiky je transkutánná biopsia pečene často kontraindikovaná pre koagulopatiu. V terapii DLBCL primárne sa prezentujúceho zlyhaním pe-

čene je pri voľbe chemoterapeutického režimu v prípade liekov metabolizovaných pečou potrebná opatrnosť.

Záver: V klinickej praxi je pri zlyhaní pečene potrebné myslieť aj na lymfoproliferatívne ochorenie, aj keď nie je prítomný jasný dôkaz o nodálnom alebo inom extranodálnom postihnutí.

MAKULY NÁS DOVIEDLI K DIAGNÓZE

Sotak Š., Franko R., Lazúrová I.

I. interná klinika UN LP a UPJŠ LF v Košiciach

Sweetov syndróm (akútna febrilná neutrofilná dermatóza) je zriedkavé ochorenie neznámeho pôvodu, zaradované medzi reaktívne neutrofilné dermatózy, charakterizované horúčkou a náhlým vznikom kožného výsevu. Postihuje prevažne ženy vo veku 30 až 50 rokov. Lézie sa zvyčajne vyskytujú na rukách, nohách, drieku, tvári alebo krku. V niektorých prípadoch môžu byť napadnuté ďalšie systémy tela (aseptická artritída, konjunktivitída, episkleritída, iridocyklitída, meningoencefalitída, postihnutie pľúc, srdca, kostí atď.). U väčšiny pacientov sa ochorenie vyskytuje ako idiopatické (tzv. klasický Sweetov syndróm). Menej často môže byť syndróm spojený s malignitou, zvyčajne s hematologickou, ako je akútna myeloidná leukémia alebo niektoré lymfómy. Ochorenie môže tiež vzniknúť ako reakcia na užívanie niektorých liečiv, najmä faktora stimulujúceho kolónie granulocytov a makrofágov a faktora stimulujúceho granulocytové kolónie, zriedkavejšie niektorých antibiotík. Sweetov syndróm sa lieči imunosupresívami, primárne kortikosteroidmi. V tejto kazuistike prezentujeme 66-ročnú pacientku, hypertoničku, diabetičku 2. typu s chronickým srdcovým zlyháváním na podklade chronického koronárneho syndrómu, ktorá bola preložená na naše pracovisko pre niekoľko týždňov trvajúce febrilitu, artralgie, dolný dyspeptický syndróm, parestézie, nemiznúci makulárny až makulopapulárny exantém na krku a trupe a vysokú zápalovú aktivitu. Pacientke sme neskôr biopsickým vyšetrením kože diagnostikovali Sweetov syndróm (bola prítomná akantóza, v povrchovej dermis bol prítomný mierny, fokálne až stredne výrazný perivaskulárny a intersticiálny zápalový infiltrát, tvorený z polymorfonukleárov s leukocytokláriou a z lymfocytov a histiocytov). Po začatí kortikoterapie došlo k rapidnému zlepšeniu stavu a vymiznutiu ťažkostí.

JUVENILNÁ IDIOPATICKÁ ARTRITÍDA ALEBO MUCKLE WELLS SYNDRÓM?

Pastírová K., Hrubíšková K., Payer J.

V. interná klinika LF UK a UN Bratislava

Muckle Wells syndróm (MWS) je autozomálne dominantne dedičné ochorenie patriace medzi CAPS (cryopyrin-associated periodic syndrome). CAPS je skupina zriedkavých porúch vrodenej imunity charakterizovaných systémovým zápalom sprostredkovaným IL-1 β . Medzi symptómy MWS patrí senzorineurálna hluchota, urtikaria, artralgie, konjunktivitída a opakované febrility. U neliečených pacientov môže dôjsť k rozvoju amyloidózy s renálnym zlyháváním alebo periférnou neuropatiou. V kazuistike prezentujeme pacienta sledovaného od 12 rokov reumatológom pre juvenilnú idiopatickú artritídu s prechodom na biologickú lieč-

bu adalimumabom. Napriek terapii u pacienta pretrvávala pozitívita zápalových parametrov. Od detstva zaznamenal na koži výsev žihľavky po expozícii chladu, ktorý sa každým rokom zintenzívňoval. Po vyhodnotení klinického obrazu, doplnení genetických vyšetrení ako aj audiometrie bol stav záverovaný ako Muckle Wells syndróm. U pacienta bola zahájená terapia kanakinumabom, na ktorej došlo k úplnému potlačeniu zápalovej aktivity a zlepšeniu klinických symptómov.

KARDIOLÓGIA I

OD STEMI K MYXÓMU A CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE

Čarnoký S., Hrešková R., Kafková B., Novotný R., Jankajová M., Valočík G.

I. kardiologická klinika VÚSCH, a. s. a LF UPJŠ, Košice, Slovenská republika

Akútny infarkt myokardu a cievná mozgová príhoda (CMP) patria aj v súčasnosti celosvetovo medzi najčastejšie príčiny úmrtia. Akútne koronárne syndrómy všeobecne ako jedna z hlavných príčin morbiditu a mortality obyvateľstva vyžadujú komplexný diagnostický manažment pacientov, ktorý môže zásadne ovplyvniť ďalší terapeutický postup. V kazuistike prezentujeme prípad 48-ročnej ženy bez interného predchorobia iniciálne prijatej na naše pracovisko primárnym transportom s EKG obrazom akútneho STEMI spodnej steny. Pre koronarografický nález uzáveru distálnej časti ramus interventricularis anterior (RIA) za hrotom ľavej komory úvodne liečená kontinuálnou intravenóznou aplikáciou špecifického reverzibilného antagonistu glykoproteínových receptorov IIb/IIIa. Následný hospitalizačný priebeh však komplikovaný rozvojom ischemickej CMP v ľavom karotickom povodí. Vzhľadom na echokardiograficky detekovaný papilárny tumorózny útvar ľavej predsieni srdca (histologicky potvrdený myxóm) s vysokým embolizačným potenciálom podstúpila následne pacientka urgentnú kardiokirurgickú operáciu – extirpáciu myxómu ľavej predsieni. Myxóm predstavuje najčastejší primárny nádor srdca. Hoci ho zaraďujeme medzi benígne nádory, svojou lokalizáciou a komplikáciami môže mať fatálne následky pre pacientov. Kauzálnym terapeutickým výkonom zamedzujúcim príznakom obštrukcie, systémovým, alebo koronárnym embolizáciám je jeho chirurgická extirpácia.

AV BLOKÁDA 3. STUPŇA PO ANTI-SARS-CoV-2 VAKCINÁCII

Benko J., Bolek T., Samoš M., Mokáň M.

I. Interná klinika, Univerzitná nemocnica Martin, Jesseniova lekárska fakulta

Úvod: Anti-SARS-CoV-2 vektorová vakcína je relatívne nová metóda prevencie infekčných ochorení, čo prináša aj riziko nepredvídateľných raritných komplikácií. Napriek tomu, vakcinácia zostáva jedinou efektívnou cestou k významnej redukcii morbiditu a mortality ochorenia COVID-19.

Kazuistika: 31-ročná pacientka s diabetes mellitus 1. typu po transplantácii obličky bola prijatá pre akútne obličkové poškodenie a tranzitnú poruchu vedomia s vegetatívnymi príznakmi. Pacientka bola očikovaná vektorovou vakcínou proti ochoreniu COVID-19 13 dní pred objavením príznakov. Počas hospitalizácie bola ozrejmeneá prítomnosť AV blokády 3. stupňa a implantovaný kardiostimulátor ako definitívne riešenie.

Záver: Táto kazuistika popisuje potencionálny vzťah medzi vektorovou vakcínou a AV blokádou 3. stupňa.

„ZHRUBNUTÉ SRDCE“ S HYPOTENZIOM

Snopek P.^{1,2}, Hasilla J.^{1,3}, Patrovič L.⁴, Juskanič D.⁴

¹Kardiologická klinika FN Nitra

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o.

³Univerzita Konštantína Filozofa Nitra

⁴Jessenius diagnostické centrum, s. r. o. Nitra

Abstrakt: Amyloidóza srdca je ochorenie, pri ktorom je extracelulárny priestor v myokarde vyplnený amorfným, fibrilárnym proteínovým materiálom, ktorý sa nazýva amyloid. Patrí do skupiny reštriktívnych kardiomyopatií. Donedávna bola srdcová amyloidóza považovaná za raritné ochorenie, najčastejšie bolo diagnostikované pitvou, bolo považované za neliečiteľné. Pokroky v diagnostike viedli k poznaniu, že sa nejedná o raritný chorobný stav. Zároveň v posledných rokoch boli objavené nové molekuly, ktoré umožňujú liečiť túto chorobu. Patognomické pre tento chorobný stav je kombinácia nízkej voltáže QRS komplexov na ekg a zároveň koncentrická hypertrofia stien ľavej a často i pravej komory. Najčastejšími formami sú ľahko reťazcová a transtyreínová amyloidóza srdca, v našej kazuistike prezentujeme ľahko reťazcovú amyloidózu.

INFEKČNÁ ENDOKARDITÍDA DNES

Kozlovský M.

Kardiologická ambulancia NsP Myjava

Infekčná endokarditída (IE) aj dnes predstavuje život ohrozujúce, pri neadekvátnej liečbe, smrteľné ochorenie. Zdlhavý diagnostický tím aj liečebný proces môže byť príčinou komplikácií ohrozujúcich pacienta na živote. Predstavujeme prípad mladého, do vzniku ochorenia zdravého dievčaťa s dominujúcimi neurologickými príznakmi ochorenia.

Ani liečebný proces sa nezaobišiel bez váhavostí v promptnosti zaujatia jednoznačného liečebného postupu. Prípacom poukazujeme, že v lekárskej praxi je niekedy dôležitá aj osobná zainteresovanosť, aby výsledok našej práce nebol, ani prinajmenšom, ohrozený neúspechom.

RECIDIVUJÚCE ŽILOVÉ TROMBÓZY NAPRIEK PLNEJ ANTIKOAGULAČNEJ LIEČBE

Bolek T.¹, Samoš M.¹, Krivuš J.¹, Dobrotová M.², Škorňová I.², Mokáň M.¹

¹I. interná klinika Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

²Klinika hematológie a transfuziológie, Národné centrum hemostázy a trombózy, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Riziko recidívy venózneho tromboembolizmu je približne 40 %, pričom je potencované rizikovými faktormi ako je aktívne onkologické ochorenie, infekčné ochorenie, prolongovaná imobilizácia, antifosfolipidový syndróm, trombofilné abnormality (mutácia faktoru V Leiden, protrombin G20210A variant, hyperhomocysteinémia, syndróm lepičých doštičiek, rezistencia na proteín C alebo S, deficit antitrombínu, zvýšený faktor VIII, paroxysmálna nočná hemoglobínúria). Pacienti s týmito permanentnými rizikovými faktormi na trombózu a s recidivujúcimi trombózami sú v klinickej praxi ponechaní na dlhodobú orálnu antikoagulačnú liečbu. V prípade účinnej orálnej antikoagulačnej terapie je riziko recidívy trombózy približne 2 %. Hlavný dôvod recidívy trombózy napriek orálnej antikoagulačnej liečbe je jej nedostatočná účinnosť alebo nediagnostikované ochorenie, ktoré zvyšuje riziko recidívy trombózy. V tejto kazuistike dokumentujeme prípad 32-ročnej pacientky so syndrómom lepičých doštičiek typ II, hospitalizovanou na I. internej klinike pre 9. recidívu hlbokéj žilovej trombózy na v. fibularis. I. sin., v. tibialis anterior I. sin., v. brachialis I. sin., v. ulnaris. I. dx., v. brachialis I. dx. napriek kombinovanej antitrombotickej liečbe kyselinou acetylsalicylovou v dávke 100 mg/denne a apixabanom v dávke 10 mg/2x denne.

Kľúčové slová: recidivujúca žilová trombóza, orálna antikoagulačná liečba.

KARDIOLÓGIA II

MULTISYSTÉMOVÝ ZÁPALOVÝ SYNDRÓM U DOSPELÝCH PO PREKONANOM OCHORENÍ COVID-19 A JEHO KARDIÁLNA MANIFESTÁCIA

Petrus P., Čambál D., Bajer M.

Klinika vnútorného lekárstva, Kardiologické oddelenie, Fakultná nemocnica Trnava

Abstrakt: Pacient vo veku 28 rokov bez chronických ochorení, jeden mesiac po prekonanom ochorení COVID-19 bol pôvodne hospitalizovaný na chirurgickom oddelení pre anamnézu bolesti v pravom podbrušku a v pravom semenníku s febrilitami a triaškami. Doplnené sonografické a CT vyšetrenie abdomenu odhalilo zväčšené paraaortálne a ileocékalne lymfatické uzliny so suspekciou na akútnu apendicitídu. Na základe anamnézy, objektívneho nálezu a pomocných vyšetrení pacient podstúpil laparoskopickú apendektómiu s nálezom simplexného apendixu. Po operačnom výkone sa u pacienta objavili boles-

Cesta k trojitej ochrane pri DM2 sa začína v obličkách

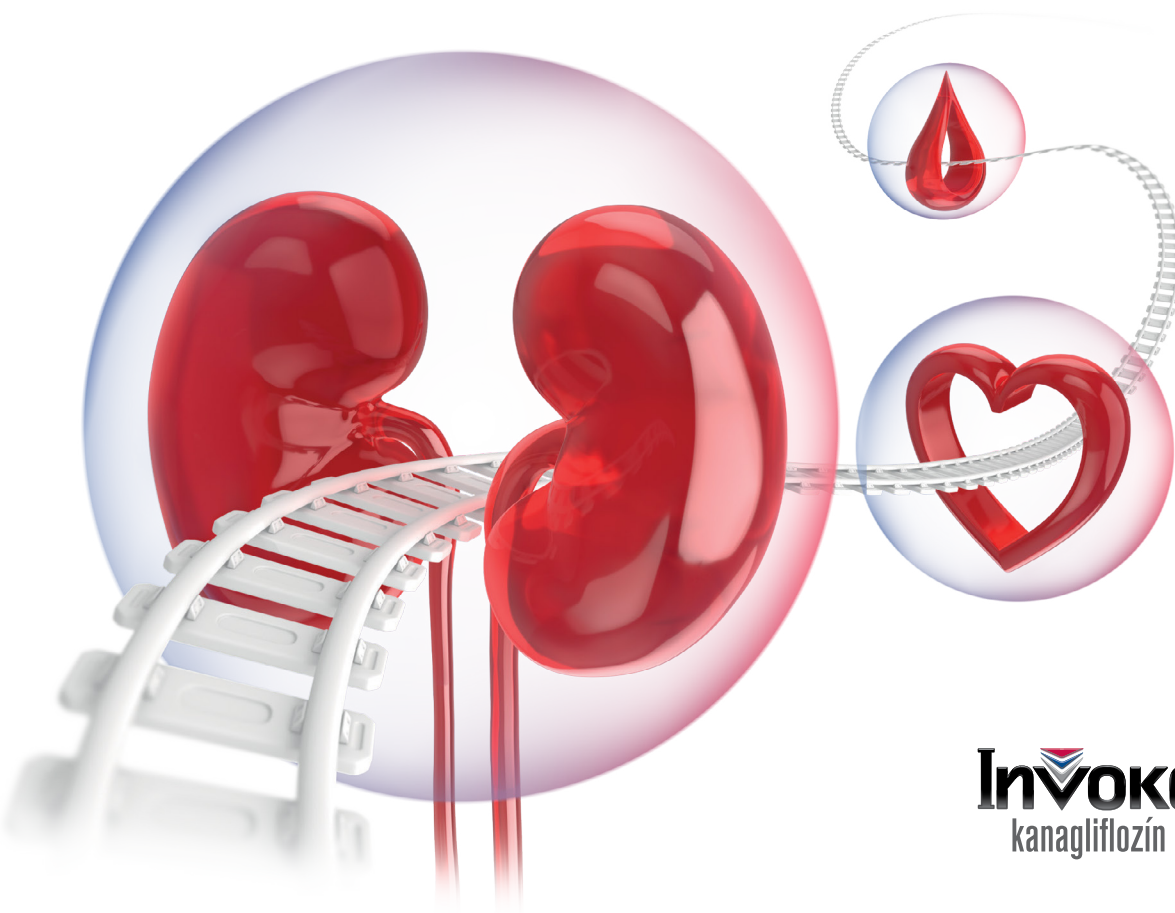


Liek Invokana® ponúka trojitú ochranu pred renálnymi udalosťami, kardiovaskulárnymi udalosťami a zvýšenou hodnotou HbA1c¹



ROZŠÍRENIE INDIKÁCIE

Invokana® teraz zahŕňa dôkazy pre liečbu diabetickej obličkovej choroby¹



Invokana®
kanagliflozín tablety

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU:

NÁZOV A ZLOŽENIE LIEKU: Invokana 100 mg, 300 mg filmom obalené tablety. Jedna tableta obsahuje kanagliflozín hemihydrát, čo zodpovedá 100 mg alebo 300 mg kanagliflozínu. **INDIKÁCIE:** Invokana je indikovaná u dospelých s nedostatočne kontrolovaným diabetom 2. typu ako doplnok k diéte a k cvičeniu:

ako monoterapia, keď sa metformín považuje za nevhodný z dôvodu intolerancie alebo kontraindikácií popri iných liekoch na liečbu diabetu.

Výsledky štúdie, pokiaľ ide o kombináciu terapií, účinky na kontrolu glykémie, kardiovaskulárne a renálne príhody a študované populácie, pozri časti SPC 4.4, 4.5 a 5.1.

DÁVKOVANIE: Odporúčaná úvodná dávka kanagliflozínu je 100 mg jedenkrát denne. U pacientov, ktorí tolerujú 100 mg kanagliflozínu jedenkrát denne a ktorí majú eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² alebo CrCl ≥ 60 ml/min a potrebujú prísnejšiu kontrolu glykémie, sa môže dávka zvýšiť na 300 mg perorálne jedenkrát denne. Dávka sa má zvyšovať opatrne u pacientov vo veku ≥ 75 rokov, pacientov so známym kardiovaskulárnym ochorením alebo u iných pacientov, pre ktorých úvodná kanagliflozínom indukovaná diuréza predstavuje riziko. U pacientov so zjavnou depléciou objemu sa pred začatím liečby kanagliflozínom odporúča úprava tohto stavu. Keď sa kanagliflozín používa ako prídavná liečba s inzulínom alebo inzulínovým sekretagógom (napr. sulfonylurea), treba zvážiť nižšiu dávku inzulínu alebo inzulínového sekretagóga na zníženie rizika hypoglykémie.

Starší ľudia (vo veku ≥ 65 rokov): treba vziať do úvahy funkčnosť obličiek a riziko deplécie objemu. **Porucha funkcie obličiek:** na liečbu diabetickej choroby obličiek ako doplnok k štandardnej starostlivosti sa používa dávka 100 mg kanagliflozínu jedenkrát denne (pozri tabuľku 1 v SPC). Z dôvodu zníženia účinnosti kanagliflozínu pri znižovaní glykémie u pacientov so stredne závažnou poruchou funkcie obličiek a pravdepodobne nulovej účinnosti u pacientov so závažnou poruchou funkcie obličiek je potrebná ďalšia kontrola glykémie a je potrebné zvážiť pridanie ďalších antihyperglykemických liekov. Kanagliflozín sa neskúmal u pacientov s ťažkou poruchou funkcie pečene, a preto sa použitie u týchto pacientov neodporúča.

Bezpečnosť a účinnosť kanagliflozínu u detí mladších ako 18 rokov neboli doteraz stanovené. Invokana sa má užívať perorálne jedenkrát denne, najlepšie pred prvým jedlom dňa. Tablety sa majú prehltnúť vcelku. **KONTRAINDIKÁCIE:** precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok uvedených v SPC v časti 6.1. **OSOBITNÉ UPOZORNENIA A OPATRENIA PRI POUŽÍVANÍ:** U pacientov s eGFR < 60 ml/min/1,73 m² alebo CrCl < 60 ml/min bol hlásený vyšší výskyt nežiaducich reakcií súvisiacich s depléciou objemu (napr. posturálny závrat, ortostatická hypotenzia, hypotenzia), obzvlášť s 300 mg dávkou. Navyše bolo u týchto pacientov hlásených viac prípadov zvýšenej hladiny draslíka a vyššie prírastky sérového kreatinínu a urey. Existujú skúsenosti s kanagliflozínom pri liečbe diabetickej choroby obličiek (eGFR ≥ 30 ml/min/1,73 m² s albuminúriou aj bez nej. Hoci liečba bola prospešná, prípadne sa prejavili prevládajúce skupinové účinky kanagliflozínom väčšieho prospechu. Vzhľadom k mechanizmu účinku kanagliflozín môže znížiť intravaskulárny objem a znížiť tlak krvi. Opatrnosť sa vyžaduje u pacientov, liečených antihypertenzivami s hypotenziou v anamnéze, pacientov na diuretikách alebo u starších pacientov (vo veku ≥ 65 rokov). U pacientov liečených kanagliflozínom boli hlásené zriedkavé prípady diabetickej ketoacidózy (DKA), vrátane život ohrožujúcich a smrteľných prípadov. U pacientov s podozrením na DKA alebo s potvrdenou DKA je nutné liečbu inhibítormi SGLT2 ihneď ukončiť. V dlhodobých klinických štúdiách s kanagliflozínom u pacientov s diabetom 2. typu s preukázaným kardiovaskulárnym ochorením (CVD, cardiovascular disease) alebo aspoň s dvoma rizikovými faktormi pre CVD bolo podávanie kanagliflozínu spojené so zvýšeným rizikom amputácie dolných končatín v porovnaní s placebom (pozri SPC časť 4.8). V dlhobehnej klinickej štúdií u pacientov s diabetom 2. typu a s diabetickým ochorením obličiek nebol pozorovaný žiadny rozdiel v riziku amputácie dolných končatín u pacientov liečených dávkou 100 mg kanagliflozínu v porovnaní s placebom. (pozri SPC časť 4.4). Pred začatím liečby kanagliflozínom zvážte faktory v anamnéze pacienta, ktoré môžu zvýšiť riziko amputácie. U pacientov a pacientok užívajúcich inhibítory SGLT2 boli hlásené zriedkavé prípady nekrotizujúcej fasciitidy perinea (známej

ako Fournierova gangréna). So zvýšenou exkréciou glukózy močom boli v klinických štúdiách hlásené u žien vulvovaginálne kandidózy a balanitída alebo balanopostitída u mužov. Po uvedení lieku na trh boli hlásené prípady komplikovaných infekcií močových ciest vrátane pyelonefritídy a urosepsy u pacientov liečených kanagliflozínom, čo často viedlo k prerušeniu liečby. Ďalšie informácie v SPC. **INTERAKCIE:** Kanagliflozín môže zvýšiť účinok diuretik a môže zvýšiť riziko dehydratácie a hypotenzie. Inzulín a inzulínové sekretagógy, napr. sulfonylurea, môžu spôsobiť hypoglykémiu. Induktory enzýmov (ako ľubovník bodkovaný [*Hypericum perforatum*], rifampicín, barbituráty, fenytoín, karbamazepín, ritonavir, efavirenz) môžu spôsobiť pokles expozície kanagliflozínu. Cholestyramín môže potenciálne znižovať expozíciu kanagliflozínu. Pacientov užívajúcich digoxín alebo iné srdcové glykozidy (napr. digoxín) treba príslušne sledovať. **FERTILITA, GRAVIDITA A LAKTÁCIA:** Kanagliflozín sa nemá užívať počas gravidity. Keď sa zaznamená gravidita, liečba kanagliflozínom sa má ukončiť. Kanagliflozín sa nemá užívať počas dojčenia. **NEŽIADUCE ÚČINKY:** Najčastejšie hlásené nežiaduce účinky z klinických štúdií boli hypoglykémia v kombinácii s inzulínom alebo sulfonylureou; vulvovaginálna kandidóza; balanitída alebo balanopostitída; infekcia močových ciest; dehydratácia; diabetickej ketoacidóza; polyúria alebo polakizúria; ďalšie nežiaduce účinky vid' SPC. **ČAS POUŽITEĽNOSTI:** 3 roky. **VEĽKOSTI BALENIA:** Veľkosti balenia 10 x 1, 30 x 1, 90 x 1 a 100 x 1 filmom obalená tableta. Na trh nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia. **DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCII:** Janssen-Cilag International NV Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse Belgicko. **DÁTUM REVÍZIE TEXTU:** 11/2021

Podrobné informácie o tomto lieku sú dostupné na internetovej stránke Európskej agentúry pre lieky <http://www.ema.europa.eu>.



Mundipharma Gesellschaft m.b.H.,
organizačná zložka
Svätoplukova 28, 821 08 Bratislava.
Tel.: +421 263 811 611
www.mundipharma.sk

1. SPC Invokana®, dátum poslednej revízie textu 11/2021.

ti na hrudníku a dyspnoe s klinickým obrazom srdcového zlyhávania. Na EKG bol sínusový rytmus s diskretnými eleváciami ST segmentu difúzne. Odobraté markery myokardiálneho poškodenia a NT-proBNP boli vysoko pozitívne, rovnako boli pozitívne D-diméry. V rámci diferenciálnej diagnostiky sme doplnili CT triple rule out vyšetrenie s negatívnym nálezom na koronárnych artériách, pľúcnych artériách a aorte. Na realizovanom transtorakálnom echokardiografickom vyšetrení bola zistená redukovaná systolická funkcia ľavej komory s diskretným perikardiálnym výpotkom posterolaterálne. V kontexte prítomnej mezenterickej lymfadenopatie a časového odstupu od prekonanej infekcie COVID-19 sme stav pacienta hodnotili ako perimyokarditída v.s. v rámci multisystémového zápalového syndrómu u dospelých po prekonaní ochorenia COVID-19. Zahájili sme liečbu srdcového zlyhávania a liečbu multisystémového zápalového syndrómu kombináciou kortikoidov a intravenózných imunoglobulínov s veľmi dobrým efektom. V krátkom časovom intervale ustúpili prejavy srdcového zlyhávania, došlo k úprave ejekčnej frakcie ľavej komory a klinického stavu pacienta. Následne sme doplnili MR vyšetrenie srdca s nálezom patologického pruhovitého subepikardiálneho enhancementu na bočnej stene so zónou subepikardiálneho edému, čo spĺňalo kritériá pre akútnu myokarditídu. Po ôsmich dňoch liečby bol pacient v dobrom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti.

COVID-19 A INTRAKARDIÁLNA TROMBÓZA

Chromeková K., Rybár I.

Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s. – Oddelenie všeobecnej kardiológie (II. klinika kardiológie a angiológie SZU)

Prezentujeme prípad 63-ročného pacienta, ktorý bol v januári 2021 hospitalizovaný v SÚSCCH Banská Bystrica pre akútne srdcové zlyhávania s ťažkou systolickou dysfunkciou ľavej komory v teréne DKMP a chronického BLTR. Echokardiograficky okrem dilatovanej ľavej komory a závažnej systolickej dysfunkcie bola verifikovaná hemodynamicky významná sekundárna mitrálna regurgitácia a kombinovaná ťažká pľúcna hypertenzia potvrdená pravostrannou katetrizáciou. SKG bez hemodynamicky významných stenóz koronárneho riečiska. Počas hospitalizácie bol realizovaný PCR test na COVID-19 s pozitívnym výsledkom, a preto boli ďalšie diagnostické a terapeutické postupy odložené do obdobia bez prítomnej infekcie. O 14 dní od prepustenia pacient vyšetrený pre necitlivosť a bolesť pravej dolnej končatiny so záverom suspektnej obliterácie femoro-popliteálneho prechodu. Nastavený na liečbu LMWH. O dva dni neskôr vyšetrený pre pálenie a bolesť na hrudníku. Na EKG obraz STE-MI v teréne chronického BLTR. SKG verifikovaný embolický uzáver v strednej časti RIA a v oblasti vetvy RCX (RMS); preto ad hoc realizovaná trombaspirácia s evakuáciou trombov a obnovou toku v RIA v teréne AKS. Po stabilizácii stavu bol echokardiograficky verifikovaný v ľavej komore veľký hyperechogénny trombus. Pacient nastavený na konzervatívnu liečbu – enoxaparín v terapeutickú dávku za monitorovania anti-Xa aktivity s plánom prechodu na warfarín; neskôr zmena na UFH za monitorovania aPTT. Počas antikoagulačnej liečby pretrvával stacionárny nález trombu v ľavej komore; navyše sa objavil druhý trombus s nástenným charakterom apikoseptálne. Konzultova-

ný kardiochirurg, a keďže by išlo o výkon s vysokým rizikom, bol doporučený observačno – konzervatívny postup. Pacientov stav sme hodnotili ako srdcové zlyhávania s ťažkou systolickou dysfunkciou ľavej komory pri základnej diagnóze DKMP a chronického BLTR s nálezom trombov v dutine LK rezistentných na antikoagulačnú liečbu. Infekciu COVID-19 sme supponovali ako ochorenie zhoršujúce prokoagulačný stav so zvýšením rizika tromboembolizmu, ktorý v prípade nášho pacienta nereagoval na podávanú antikoagulačnú liečbu. Pre pretrvávajúce tromboembolizmu v ľavej komore s vysokým rizikom recidívy tromboembolizmu bol pacient ako akútny preložený na Oddelenie zlyhávania a transplantácie NÚSCH Bratislava, kde bola v marci 2021 realizovaná implantácia LVAD – HeartMate III, ako premostenie k zaradeniu na transplantáciu srdca.

KEĎ AKÚTNA VENÓZNA TROMBÓZA KOMPLIKUJE SÚČASNÉ ZÁVAŽNÉ KRVÁCANIE

Dokupilová A¹, Ivan B.¹, Maďarič J.², Payer J.³

¹Kardiologická klinika FN Nitra

²Klinika angiológie LFUK a NÚSCH Bratislava

³V. Interná klinika LFUK a UN Bratislava

Úvod: Hlboká žilová trombóza (HŽT) je prítomnosť krvnej zrazeniny v hlbokom žilovom systéme. Incidencia ochorenia je odhadovaná na 160-180 prípadov na 100 000 obyvateľov/rok. Väčšinou máva nekomplikovaný priebeh, život ohrozujúcim ochorením sa stáva v prípade uvoľnenia trombu do pľúc pri pľúcnej embólii (PE). Základom liečby venózneho tromboembolizmu (VTE) je antikoagulačná liečba. V prípade jej kontraindikácie, resp. v prípade recidívy PE napriek účinnej antikoagulačnej liečbe je indikovaná ako prevencia život ohrozujúcej PE implantácia kaválneho filtra. Predkladaná kazuistika je opisom komplexného prípadu riešeného preventívnou implantáciou reponibilného kaválneho filtra.

Kazuistika: Pacientka KV, 1957 hospitalizovaná na Kardiologickej klinike FN Nitra 06. 10.–22. 10. 2021. Primárne hospitalizovaná v Kardiocentre Nitra, s. r. o. 2. 10. 2021 pre suspektný akútny koronárny syndróm, vykonaná urgentná koronarografia s nálezom okrajových aterosklerotických zmien, bez restenózy v stente, ktorý bol implantovaný v 4/2020. Stav komplikovaný rozvojom hyposaturácie, akútneho srdcového zlyhávania s bronchopneumóniou, vzostupom zápalovej aktivity až k septickým hodnotám, vznikom multiorgánového zlyhania, nutnosť zavedenia CVK cestou v.femoralis l.dx. Pacientke podávané katecholamíny, terlipresín, neinvazívna ventilácia bez potreby UPV, pre vznik hypovolemicko-hemoragického šoku realizované CT abdomenu s nálezom rozsiahleho retroperitoneálneho hematému tiahu sa od adrenálnej oblasti kaudálne až parailiacky, chirurgom však indikovaný konzervatívny postup. Následne hospitalizácia komplikovaná vznikom extenzívnej hlbokaj venózne trombózy PDK v rozsahu VIE, VFC, VFS, VP, VVTP. Prechodne podávaná redukovaná dávka nízkomolekulárneho heparínu, retroperitoneálny hematóm v pomalejšej postupnej resorpcii. Pre nemožnosť podávania plnej účinnej antikoagulačnej liečby konzultovaná Klinika angiológie NÚSCH Bratislava, kde dňa 22. 10. 2021 zrealizovaná implantácia reponibilného filtra do infrarenálneho úseku vena cava inferior (VCI) s možnosťou jeho extrakcie podľa budúceho vývoja klinického stavu.

Záver: Indikáciou na zavedenie kaválneho filtra je kontraindikovaná antikoagulačná terapia u pacienta s PE alebo progredujúcou HŽT, alebo opakujúca sa PE napriek účinnej antikoagulačnej liečbe. Rozšírenou (relatívnou) indikáciou je PE s dysfunkciou pravej komory srdca a nízkou kardiovaskulárnou rezervou, resp. extenzívna HŽT u pacientov s potrebou operačného výkonu v oblasti brucha a malej panvy. Rutinné použitie kaválnych filtrov u pacientov s HŽT nie je indikované.

AKÚTNA KONČATINOVÁ ISCHÉMIA AKO PRVÝ ROZPOZNANÝ PREJAV VENÓZNEHO TROMBOEMBOLIZMU

Kalvodová Z., Gbúr M., Jankajová M., Grofčíková J., Koščo M.

I. Kardiológická klinika UPJŠ LF a VÚSCH, a. s., Košice

Paradoxná embolizácia do systémového artériového riečiska je jednou zo zriedkavých komplikácií venózneho tromboembolizmu. Najčastejšie je s paradoxnou embolizáciou asociovaný perzistujúci foramen ovale (PFO). Terapeutické možnosti zahŕňajú antikoagulačnú liečbu, trombolýzu, chirurgickú embolektómiu, implantáciu kaválneho filtra a uzáver defektu. V kazuistike prezentujeme prípad 65 ročnej pacientky, u ktorej prvým rozpoznaným prejavom venózneho tromboembolizmu bola akútna končatinová ischémia. Kombinácia nálezov hlbokéj žilovej trombozy, pľúcnej embólie a pravo-lavého skratu so systémovou embolizáciou viedla k dočasnej implantácii kaválneho filtra a následne k intervenčnému uzáveru PFO Amplatzovým okludérom.

MEDZI SKYLLOU A CHARYBDIS: TERAPEUTICKÝ RÉBUS

Péč M. J.¹, Jurica J.¹, Bolek T.¹, Samoš M.¹, Péčová M.², Krivuš J.¹, Horná S.¹, Galajda P.¹, Mokáň M.¹

¹I. Interná klinika, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského Bratislava

²Klinika hematológie a transfuziológie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského Bratislava a Onkologické centrum, Univerzitná nemocnica Martin

Tyreotoxikóza je syndróm, ktorý je charakterizovaný zvýšenou sekréciou tyreoidálnych hormónov a súčasnou odpoveďou periférnych tkanív na túto zvýšenú sekréciu. Príčinou býva hypertyreóza (nadmerná funkcia štítnej žľazy) z dôvodu Gravesovej-Basedowovej choroby, polynodóznej toxickéj strumy alebo toxického adenómu štítnej žľazy, ale aj tyreoditída, ktorá môže spôsobovať prechodnú tyreotoxikózu pri uvoľnení uskladnených hormónov na podklade poškodenia folikulov. Klinický obraz takéhoto pacienta je daný hypermetabolickým stavom a aktiváciou sympatika. Zvýšený prívod jódu zhoršuje priebeh tyreotoxikózy a zväčšuje jej klinické príznaky, masívny prívod jódu (lieky obsahujúce jód, kontrastná látka) môže dokonca obraz tyreotoxikózy vyvolať. U pacientov s tyreotoxikózou a súčasným ischemickým poškodením myokardu sa dostáva lekár do ťažkej pozície, v ktorej je nutno zvážiť riziko a benefit pre pacienta. Autori prezentujú prípad pacienta, ktorý bol hospitalizovaný pre

tyreotoxikózu a embóliu do arteria pulmonalis, pričom hospitalizácia bola komplikovaná stenokardiami. Chceme poukázať na tento terapeutický rébus, ktorý je nezvyčajný ale nie neobvyklý.

INTERNÁ MEDICÍNA II

DIAGNOSTICKÝ ORIEŠOK – REKURENTNÉ KRVÁCANIE Z KONEČNÍKA BEZ NÁLEZU ZDROJA

Jurica J., Benko J., Cingel M., Krivuš J., Péč M. J.

I. Interná klinika, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave a Univerzitná nemocnica Martin, Slovensko

Úvod: Masívne krvácanie z ileálnych varixov nie je časté, o čom hovorí aj to, že doteraz neexistujú randomizované štúdie, ktoré by usmerňovali manažment a liečbu takýchto pacientov. Dochádza tu k nepomeru medzi veľmi náročnou diagnostikou ochorenia a vysokým rizikom intenzívnych strát krvi a následnej mortality. Tento prehľad bol navrhnutý s cieľom prispieť k celkovému obrazu o ochorení, objasniť klinické charakteristiky pacientky a podeliť sa s jej manažmentom na našej klinike.

Prípad: 63-ročná žena s cirhózou pečene prichádza opakovane do nemocnice z dôvodu enterorágie. Štandardné endoskopické vyšetrenia a zobrazovacie metódy ako CT angiografia a scintigrafia značenými erytrocytmi boli bez nálezu aktívneho leaku krvi. Ani na enteroskopii jejuna sa nenachádzala nijaká patológia. Pre progresiu stavu bola realizovaná exploratívna laparotómia s nálezom izolovaného varixu ilea. Po roku od operácie je pacientka bez známk krvácania.

Záver: Tento prípad poukazuje na intenzívne krvné straty u pacientky s izolovaným varixom ilea.

JEDNA TABLETKA – OCHRANA NA VIACERÝCH ÚROVNIACH

Polko J.

Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina, Diabetologická ambulancia

Uvedená kazuistika je fokusovaná na pacientku s DM 2. typu s komplikáciami a neuspokojivo kompenzovanými hodnotami glykémii. U sledovanej 65 ročnej pacientky M.J. bol DM stratifikovaný v 06/2008. V čase stanovenia diabetu sa pacientka liečila na art.hypertenziu (amlodipin + perindopril vo fixnej kombinácii 5/5 mg, moxonidin v dávke 0,3 mg denne) a hyperlipoproteinémii (fenofibrát v dávke 267 mg denne).

Pacientka pracuje v administratíve (sedavý životný štýl), rodinná anamnéza na DM a KV ochorenia je negatívna, prítomná je však obezita (V 154 cm, H 84 kg, BMI 35,4).

Laboratórne odbery v čase stanovenia diagnózy svedčia o výraznejšej dekompenzáci DM a lipidogramu (HbA1c 10,4, urea 4,44, kreat 58,0, kys. močová 265, Na 139, K 4,05, ast 0,30, alt 2,8, gmt 0,40, alp 0,95, chol 4,49, HDL 0,80, LDL 3,17, TAG 2,61).

Pacientka bola poučená o radikálnej zmene životného štýlu a dietetických opatreniach, zahájená dvojkombinačná liečba

metformínom v dávke 2x850mg a glimepiridom v dávke 3 mg denne, s efektom. HbA1c v sledovanom období sa udržiaval v rozmedzí 6,8 – 8,1 % DCCT. Glykémie počas selfmonitoringu oscilovali v rozmedzí 4,7 – 12,8 mmol/l.

Pre vzostup HbA1c v 03/2016 na 8,5 % DCCT bola navýšená liečba PAD – glimepirid do dávky 6 mg denne, do liečby pridaný sitagliptín vo fixnej kombinácii s metformínom v dávke 50/1000 mg 2x denne. HbA1c od 03/2016 do 02/2019 poukazuje na uspokojivú metabolickú kompenzáciu diabetu (7,6 %...6,8 %...6,9 %...7,2 %...7,5 % DCCT).

Vo 02/2019 realizované nefrologické vyšetrenie so záverom diabetickej nefropatie, vaskulárnej nefrosklerózy G2A1, neurologické vyšetrenie v 04/2019 s nálezom senzitivnej polyneuropatie metabolickej genézy. Pacientka sa snažila o dodržiavanie dietetických opatrení, o čom svedčí pokles hmotnosti na 77 kg (BMI 32,47), tlakovo bola hranične stabilizovaná (TK 168/90 mmHg). Aktuálne laboratórne hodnoty analytov v sére: S_GLU: 7,23, S_KREA: 65,4, GF 80 ml/min/1,73 m², S_ALT: 0,19, Lipidy a lipoproteín: S_CHOL: 5,94, S_LDL: 4,16, S_HDL: 0,89, S_TAG: 2,93, S_RICH: 6,67, HbA1c 7,5 % DCCT. Do liečby pridaný statín v dávke 40 mg vo fixnej dávke s navýšenou anti-hypertenzívnou liečbou perindopril + amlodipín (10/10 mg), ne-uroológom naordinovaná kyselina thioktová v dávke 600 mg denne. S prihliadnutím k rozvoju diabetických komplikácií aj napriek uspokojivej kompenzácií diabetu pristupujem k úprave liečby, realizovaná výmena sitagliptínu za empagliflozín v dávke 10 mg denne s navýšením do dávky 25 mg denne po 1 mesiaci liečby.

Počas nasledujúceho obdobia bola pacientka bez výraznejších ťažkostí, glykémie počas domáceho selfmonitoringu oscilovali v rozmedzí 4,4 – 12,2 mmol/l, HbA1c bol v hodnotách 6,8...7,2...7,0 % DCCT).

Pri kontrole v 12/2021 bola pacientka tlakovo aj laboratórne vo fyziologických hodnotách (TK 125/88 mmHg, S_Močovina=6.11 mmol/l, S_Kreatinín=49.1 μmol/l, S_Kyselina močová=213 μmol/l, S_AST=0.53 μkat/l, S_ALT=0.45 μkat/l, S_GMT=0.28 μkat/l, S_Cholesterol=3.40 mmol/l, S_LDL cholesterol=2.17 mmol/l, S_HDL cholesterol=0.78 mmol/l, S_Triacylglyceroly=3.33 mmol/l, Pt_Cholesterol/HDL chol.=4.36, Pt_LDL/HDL=2.78, S_Sodík=140 mmol/l, S_Draslík=3.93 mmol/l, eGF CKD-EPI=1.64 ml/s, B_HbA1c (DCCT)=6.87 %), opätovne poklesla hmotnosť (o 3 kg na 74 kg, čo činí BMI 31,2), čo je však najpriaznivejšie, došlo k vzostupu glomerulárnej filtrácie a úprave renálnych parametrov (GF 110 ml/min/1,73 m²), doplnené nefrologické vyšetrenie z 08/2021 uvádza záver diabetickej nefropatie a vaskulárnej nefrosklerózy G1A2 KDIGO.

Záverom môžeme konštatovať jednoznačne priaznivý metabolický efekt liečby empagliflozínom (pokles glykémií, úprava renálnych parametrov), z pohľadu pacienta veľmi dôležitý estetický efekt liečby (pokles hmotnosti so sprievodným znížením inzulínovej rezistencie). V globále sa síce jedná o pozvoľný pokles hmotnosti aj HbA1c, bol však nastavený trend správnym smerom, znížením inzulínovej rezistencie predpokladáme ďalšiu úpravu hodnôt kompenzácie diabetu. Renálna protektívita empagliflozínu bola verifikovaná laboratórnymi odbermi a kontrolným nefrologickým vyšetrením, navyše pridaním uvedenej molekuly sme výrazne zvýšili KV benefit liečby, z ktorej profituje nielen pacient, ale, ako dokazujú aj výsledky metanalýz randomizovaných štúdií, šetrí aj náklady na pers. vynaloženú hospitalizáciu z KV príčiny.

CAIDS AKO BEŽNÁ, ALE OPOMÍNANÁ SÚČASŤ KOMPLIKÁCIÍ DEKOMPENZOVANEJ CIRHÓZY PEČENE

Havaj D. J., Adamcová-Selčanová S., Šulejová K. K., Bystrianska N., Žilinčanová D., Skladaný L.

II. Interná klinika SZU, Hepatologicko-gastroenterologicko-transplantačné oddelenie (HEGITO), FNŠP F.D. Roosevelta Banská Bystrica

Súhrn: Infekcie sa u pacientov s pokročilým chronickým ochorením pečene (ACLD) vyskytujú výrazne častejšie, ako v bežnej populácii alebo populácii pacientov s inými diagnózami, predstavujú najčastejšiu príčinu akútnej dekompenzácie a akútneho zlyhania v teréne chronickej choroby pečene (ACLF) a signifikantne zvyšujú mortalitu. Riziko vzniku infekcie u pacientov s ACLD narastá s progresiou získanej imunitnej dysfunkcie u týchto pacientov. Termín s cirhózou asociovaný imunodeficientný syndróm (CAIDS) predstavuje širokú škálu zmien lokálnej, ako aj systémovej bunečnej a humorálnej imunitnej odpovede, ktoré vedú k rôzne vyjadrenému stupňu systémového zápalu a paralelne imunitnej dysfunkcie. Stupeň zápalovej odpovede zvyčajne koreluje s nízko- alebo vysoko-zápalovým fenotypom CAIDS a rovnako ako stupeň imunitnej paralýzy, koreluje so stupňom pečeneového poškodenia, resp. pečeneového zlyhávania. Výsledkom sú frekventné, závažné, prolongované infekcie častokrát spôsobené oportunistickým patogénom. V predkladanej kazuistike prezentujeme 31 ročného pacienta s ťažkou akútnou alkoholovou hepatitídou (SAH) v teréne cirhózy pečene, bez odpovede na štandardnú liečbu, indikovaného k druholínovej a tretolínovej liečbe a následne k včasnej transplantácii pečene, u ktorého počas prolongovanej hospitalizácie dochádzalo k opakovaným epizodám hepatorenálneho syndrómu a frekventným, závažným a prolongovaným infekciám. Na základe klinických skúseností podporených laboratórnymi parametrami bola u pacienta stanovená diagnóza CAIDS, v kontexte čoho bol pacient manažovaný až do úspešnej transplantácie pečene. CAIDS predstavuje závažnú a často opomínanú komplikáciu u pacientov s dekompenzovanou cirhózou pečene a ACLF, ktorú treba brať na zreteľ pri podozrení na infekciu a v manažmente antimikrobiálnej liečby. Doposiaľ neboli stanovené jednoznačné diagnostické kritéria odrážajúce alebo predikujúce fenotyp, stupeň a závažnosť tohto imunodeficitu, ktoré by umožnili rýchlu a nekomplikovanú diagnostiku a následne cieleň špecifický manažment. V oblasti diagnostiky a cielenej modulácie dysfunkčnej imunitnej odpovedi, kde patrí aj nami využitá metóda – plazmaferéza, stále prebieha klinický výskum.

Kľúčové slová: ACLD pokročilé chronické ochorenie pečene, ACLF akútne zlyhanie v teréne chronickej choroby pečene, CAIDS s cirhózou asociovaný imunodeficientný syndróm, SAH ťažká akútna alkoholová hepatitída.

Iný ako ostatné betablokátory^{1*}

Duálny mechanizmus účinku^{2*}

**Liečba esenciálnej
hypertenzie u dospelých³**

**Liečba stabilného mierneho a stredne
ťažkého chronického srdcového zlyhávania
(CHSZ) ako aditívna terapia ku štandardnej
terapii u starších pacientov vo veku
≥ 70 rokov³**

**Pre zobrazenie celého
SPC kliknite tu.**

Nebilet® 5 mg

Liek na vnútorné použitie. **Liečivo:** 5 mg nebivolol (ako nebivololumchlorid). **Terapeutické indikácie:** esenciálna hypertenzia u dospelých, stabilné mierne a stredne ťažké chronické srdcové zlyhávania (CHSZ) ako aditívna terapia ku štandardnej terapii u pacientov vo veku ≥ 70 rokov. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Esenciálna hypertenzia: zvyčajná dávka je 1 tableta (5 mg) denne, môže sa užívať s jedlom. Chronické srdcové zlyhávania: 1,25 mg nebivololu sa má zvýšiť na 2,5 mg nebivololu 1x denne, potom 5 mg nebivololu 1x denne, následne 10 mg nebivololu 1x denne. Maximálna odporúčaná dávka je 10 mg nebivololu 1x denne. Intervaly medzi zvyšovaním dávky sú 1-2 týždne. **Kontraindikácie:** precitlivosť na liečivo alebo ktorúkoľvek pomocnú látku, insuficiencia pečene alebo porucha funkcie pečene, akútne srdcové zlyhávania, kardiogénny šok alebo dekompenzácia pri srdcovom zlyhávaní vyžadujúca intravenóznú inotropnú terapiu, syndróm sínusového uzla vrátane sino-atriálnej blokády, druhý a tretí stupeň srdcovej blokády (bez kardiostimulátora), bronchospazmus a bronchiálna astma v anamnéze, neliečený feochromocytóm, metabolická acidóza, bradykardia (pulz menej ako 60 úderov za minútu pred začiatkom terapie), hypotenzia (systolický krvný tlak < 90 mm Hg), ťažká periférna cirkulačná porucha. **Liekové a iné interakcie:** Kombinácie, ktoré sa neodporúčajú: antiarytmiká I. triedy (chinidín, hydrochinidín, cibenzolín, flekainid, dizopyramid, lidokaín, mexiletín, propafenón), blokátory kalciových kanálov typu verapamilu, diltiazemu, centrálne pôsobiace antihypertenzíva (klonidín, guanfacín, moxonidín, metyldopa, rilmenidín). Kombinácie vyžadujúce opatrnosť: antiarytmiká III. triedy (amiodarón), anestetiká - prchavé halogenáty, inzulín a perorálne antidiabetiká: napriek tomu, že Nebilet® 5 mg neovplyvňuje hladinu glukózy, môže maskovať niektoré symptómy hypoglykémie (palpitácia, tachykardia). Baklofén (antispastikum), amifostín (antineoplastická prídavná liečba): dávkovanie antihypertenzív sa má primerane upraviť. Kombinácie, ktoré sa majú zvážiť: srdcové glykozidy, blokátory kalciových kanálov dihydropyridínového typu (amlodipín, felodipín, lacidipín, nifedipín, nikardipín, nimodipín, nitrendipín), antipsychotiká, antidepresíva (tricyklické, barbituráty, fenotiazíny), nesteroidové protizápalové lieky (NSAID), sympatomimetiká. Farmakokinetické interakcie: vzhľadom na to, že nebivolol je metabolizovaný CYP2D6 izoenzýmom, súčasné podanie látok inhibujúcich tento enzým, najmä paroxetínu, fluoxetínu, tioridazínu a chinidínu, môže zvýšiť plazmatické hladiny nebivololu so zvýšeným rizikom excesívnej bradykardie a nežiaducich účinkov. **Gravidita a laktácia:** Nebilet sa neodporúča aplikovať v gravidite. Riziko pre novorodencov/dojčatá nemožno vylúčiť. Matky užívajúce nebivolol preto nemajú dojčiť. **Ovplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje:** Nebilet® 5 mg neovplyvňuje psychomotorické funkcie. Počas vedenia automobilov alebo obsluhy strojov treba vziať do úvahy možnosť vzniku závratov a únavy. **Nežiaduce účinky:** časté: bolesť hlavy, závraty, parestézia, dyspnoe, obštipácia, nauzea, hnačka, únava, edémy. Menej časté: nočné mory, depresia, poruchy zraku, bradykardia, srdcové zlyhanie, spomalené AV vedenie/ AV - blok, hypotenzia, intermitentná klaudikácia (zvyšenie), bronchospazmus, dyspepsia, flatulencia, vracanie, pruritus, erytematózne sčervenanie, impotencia. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Berlin Chemie AG, Glienicke Weg 125, 12489 Berlín, Nemecko. **Spôsob výdaja lieku:** na lekársky predpis. **Pred predpísaním lieku oboznámte sa, prosím, s úplnou informáciou o lieku v Súhrne charakteristických vlastností lieku. Posledná revízia textu:** 12/2021. **Dátum výroby materiálu:** január 2022. **Kód materiálu:** SK_NEB-02-2022-v01_Digital

Zastúpenie v SR: Berlin-Chemie / A. Menarini Distribution Slovakia s. r. o., Galvaniho 17/B, 821 04 Bratislava, tel.: 02/ 544 30 730, fax: 02/544 30 724, e-mail: slovakia@berlin-chemie.com.

Tento materiál je určený pre odbornú verejnosť a interné účely spoločnosti.

*informácia sa vzťahuje na účinnú látku nebivolol.

KRITÉRIÁ URGENTNEJ TRANSPLANTÁCIE PEČENE PODĽA LILLE PROTOKOLU V.S. ABSTINENČNÝ INTERVAL – IMPLIKÁCIA ACE AKO SÚČASŤ TERAPEUTICKÉHO PROTOKOLU

Šulejová K. K., Adamcová-Selčanová S., Bystrianska N., Žilincanová D., Havaj D. J., Skladaný L.

II. Interná klinika SZU, oddelenie HEGITO, Nemocnica s poliklinikou F.D.Roosevelta, Banská Bystrica

44-ročný pacient bol na II. Internej klinike FNsP F.D.Roosevelta primohospitalizovaný 05/2021 pre pre dekompenzáciu cirhózy heparu. Po dôkladnej analýze stavu (po kompletizácii anamnestických údajov, klinických a zobrazovacích vyšetrení) bola za trigger považovaná akútna alkoholová hepatitída ťažkého stupňa. Po splnení kritérií bola podávaná kortikoterapia (prednison v dávke 40 mg), ktorá však podľa Lille modelu nepriniesla efekt – pacient sa ukázal ako non-responder (skóre prerátane po 7 dňoch). Preto sme sa rozhodli vyťažiť experimentálnu modalitu FMT (fekálna mikrobiálna transplantácia) ako ultimum refugium fulminantne prebiehajúcej AAH (pacient klasifikovaný v štádiu ACLF 2). Po zlyhaní aj tejto druholínovej liečby a po vyčerpaní všetkých ostatných liečebných možností bola otvorená diskusia na tému OLTx podľa Lille protokolu – jedinou prekážkou bola absencia abstinénčného intervalu (podľa aktuálnych metodík sa jedná o dobu 6 mesiacov). V rámci diskusie o zaradení pacienta na WL ako urgentného čakaťela aj napriek abstinénčnému intervalu zohrala úlohu nová metodika recentne zavedená na našej kliniku – ACE dotazník. Pacient získal 4 b., čím sa zaradil do vysoko rizikovej skupiny, kedy negatívne zážitky v detstve lineárne ovplyvňujú myslenie a konanie počas celého života. Konzultovaní psychológ aj psychiater, ktorí nenašli v mentálnom stave pacienta kontraindikáciu k Tx. Po skrutíniu kolégia hepatológov a internistov sme sa rozhodli pacienta zaradiť v urgentnom režime na zoznam Tx čakaťelov (signifikantným argumentom v rozhodovacom procese bol aj ACE dotazník – ten sa formuje ako jedna z krucálnych terapeutických a prognostických intencií). Vykonané protokolárne vyšetrenia, vzhľadom na nepriaznivo sa vyvíjajúci stav bola ako v premostujúcom režime zvolená plazmaferéza v celkovom počte 5 sedení. Po stabilizácii stavu bolo možné prepustenie do domáceho liečenia, pričom sa pravidelne vykonávali kontroly na našej hepatologickej ambulancii (v 4 týždňových intervaloch). Zároveň bola nutná dlhodobá antibiotická a antimykotická liečba, ako v pred- tak aj peri-transplantačnom období pre vysoko pravdepodobne prítomný CAIDS (cirhózou asociovaný imunodeficit) – klinicky pod obrazom recidivujúcich GiT a pulmonálnych infekcií. Výsledkom snaženia celého kolektívu oddelenia HEGITO II. Internej kliniky bola OLTx, ktorá bola vykonaná 23. 07. 2021. Priebeh bol bez vážnych komplikácií, pooperačné obdobie sa vyvíjalo uspokojivo, postupne dochádzalo k reštitúcií hepatálnych, koagulačných aj imunitných funkcií, odpoveď na nastavovanú imunosupresiu bola adekvátna. Pacient bol 11. 08. 2021 v dobrom klinickom stave a normalizujúci sa mi laboratórnymi parametrami prepustený do ambulantného sledovania po 20 dňoch hospitalizácie do ambulantnej sféry.

KEĎ TRADIČNÁ RUSKÁ MEDICÍNA NIE JE MEDICÍNOU

Glevická M., Sedlák M., Szántová M., Mojto V.

III. interná klinika LFUK a UNB Bratislava, Slovenská republika

58 ročná pacientka, bez interného predchorobia, doteraz na nič neliečená, bola prijatá v decembri 2021 na III. internú kliniku pre novozistenú hepatopatiu s výraznou metabolickou aktivitou. Subjektívne ťažkosti pacientky zahŕňali ožltnutie kože, svrbivé početné ložiská ekzému po tele a problémy s trávením. Objektívne bol prítomný ikterus, palpačná citlivosť pod pravým rebrovým oblúkom a v epigastriu a difúzne lokalizované atopické kožné ložiská. Laboratórne pri prijatí elevované všetky hepatálne enzýmy, najvýraznejšie až 43násobná elevácia ALT a 23 – násobok normy AST, hyperbilirubinémia, hypokoagulačný stav. Sonograficky vizualizovaná pečeň bola mierne zväčšená, bez známk cholestázy. CT vyšetrenie brucha zobrazilo hepatopatiu s perfúznymi zmenami. U pacientky sme započali komplexnú diferenciálnu diagnostiku hepatopatie a pristúpili sme k podávaniu per os hepatík, kyseliny ursodeoxycholovej a intravenózne aplikácii aminokyselín. Anamnesticky pacientka udávala užívanie tradičnej ruskej medicíny, ktorú jej poradili jej kolegyne z Kliniky infektológie pre kožný ekzém, ktorú prestala užívať týždeň pred prijatím do nemocnice, pri prvých náznakoch dyspepsie. Výsledky realizovaných vyšetrení v rámci diferenciálnej diagnostiky hepatopatie boli negatívne. Po vysadení hepatotoxického noxy a na podpornej hepatoprotektívnej liečbe sme sledovali ústup klinických ťažkostí pacientky a pokles hepatálnych enzýmov. Stav záverujeme ako po liečkových poškodení (DILI) spôsobené extraktom zo sibírskej huby zvanej Čaga (Chaga) – *Inonotus Obliquus*.

GITELMANOV SYNDRÓM – PRÍČINA ŤAŽKEJ HYPOKALIÉMIE

Sojáková D.¹, Orolínová M.¹, Eštuová L.², Lazúrová I.²

¹Interné oddelenie, Nemocnica Agel Levoča

²I. Interná klinika, Univerzitná nemocnica Luisa Pasteura Košice

Gitelmanov syndróm je renálny tubulárny syndróm charakterizovaný metabolickou alkalózou, hypokaliémiou, hypomagneziémiou a hypokalciúriou. V našej kazuistike predstavujeme prípad 24-ročnej pacientky prijatej na naše Interné oddelenie s dyspepsiou, abdominalgou a parestéziami na horných končatinách. Laboratórne bola prítomná ťažká hypokaliémia, metabolická alkalóza a hypomagnezémia. Ihneď bola započatá susbtitučná a symptomatická liečba. Keďže diagnostický proces aj terapia boli komplikované častými epizódami ťažkej hypokaliémie a taktiež diagnostikovanou depresiou s výraznou anxióznou zložkou, pacientka bola preložená na I. Internú kliniku v Košiciach. Genetické vyšetrenie potvrdilo Gitelmanov syndróm. Doživotnou liečbou je substitúcia kálie a magnézie. Ako

všetci pacienti s Gitelmanovým syndrómom aj táto pacientka vyžaduje celoživotnú dispenzarizáciu. Prognóza je napriek zhoršenej kvalite života pacientov veľmi dobrá. Gitelman syndrome the reason of severe hypokalemia Sojákova D., Orolínová M., Nemocnica Agel Levoča, Interné odd. Lazúrová I., Eštuová L., Univerzitná nemocnica Luisa Pasteura Košice, I. interná klinika Gitelman syndrome is tubulopathy characterized by metabolic alkalosis, hypokalemia, hypomagnesemia and hypocalcemia. In our casuistics, we are presenting the case of 24-year old patient who was admitted to Department of Internal medicine with dyspepsia, abdominal pain and the upper limb's paresthesia. Laboratory results showed severe hypokalemia, metabolic alkalosis and hypomagnesemia. Immediately, we started the substitution and symptomatic therapy. Since the diagnostic and therapeutic process was complicated by frequent episodes of severe hypokalemia and diagnosed depression with expressive anxiety component, the patient was transmitted to the 1st Department of Internal medicine in Košice. Genetic test confirmed Gitelman syndrome. The potassium and magnesium substitution is a life term therapy. The long term dispensary care is necessary for all patients with Gitelman syndrome. Although the life quality is aggravated, the prognosis is favourable.

TUMOROM INDUKOVANÁ OSTEOMALÁCIA

Filipová L.¹, Zikán V.², Kršek M.², Netuka D.³, Michal M.⁴, Lazúrová I.⁵

¹Endokrinologická ambulancia, Nemocnica Agel Košice – Šaca, a.s.,

²1. LF UK a VFN, U Nemocnice 2, Praha 2, 128 08, Česká republika

³Neurochirurgická a neuroonkologická klinika LF UK, Ústředná vojenská nemocnice Praha, U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, 169 02, Česká republika

⁴Ústav patológie UK, FN Plzeň, Česká republika, Biopické laboratórium, Ltd., Oddelenie molekulárnej genetiky Plzeň, Česká republika

⁵1. IK UNLP a LF UPJŠ, Košice

Tumorem indukovaná osteomalácia (TIO) alebo onkogenná osteomalácia je vzácny paraneoplastický syndróm spôsobený nadprodukciou fibroblastového rastového faktora 23 (FGF-23) nádormi väčšinou mezenchýmového pôvodu, jedná sa o tzv. fosfaturické mezenchýmové nádory. Tumory je náročné lokalizovať, sú väčšinou solitárne a benígne, len veľmi zriedkavo sa malígne transformujú a metastazujú. Lokalizované môžu byť

kdekoľvek v kosti, alebo v mäkkých tkanivách. TIO je klinicky charakterizovaná progresívnou muskuloskeletálnou bolesťou, únavou, slabosťou proximálnych svalov a viacnásobnými zlomeninami, ktoré vedú k dlhodobej invalidite. Kvôli nešpecifickým symptómom ochorenia môže trvať aj niekoľko rokov, kým sú pacienti správne diagnostikovaní a liečení a preto je dôležité zvýšiť povedomie o tomto vzácnom paraneoplastickom syndróme. Predstavujeme prípad 53 ročnej ženy s 10 ročnou anamnézou svalovej slabosti, bolesťami kostí, mnohopočetnými fraktúrami, laboratórne zistenou hypofosfatémiou v dôsledku strát fosfátov obličkami, zvýšenou hladinou FGF-23. 68Ga DOTA TOC PET CT zobrazuje tumor v oblasti L2 stavca, ktorý môže svedčiť pre fosfaturický mezenchýmový tumor (PMT). Po radikálnej resekcii tumoru došlo k normalizácii sérových hladín fosforu, poklesu FGF23, histologicky nález potvrdil benígny PMT. Klinický stav pacientky sa výrazne zlepšil najmä pri vykonávaní základných denných aktivít. Táto kazuistika demonštruje prvý známy prípad TIO na Slovensku.

VOLBA OPTIMÁLNEHO INZULÍNOVÉHO REŽIMU U DIABETIKA

Bosíková I.

Ambulancia diabetológie a porúch látkovej premeny a výživy, MEDIVASA, s.r.o, Žilina

V liečbe diabetes mellitus 2. typu máme v súčasnej dobe k dispozícii pomerne široké spektrum neinzulínových a inzulínových preparátov. K tomu, aby sme dosiahli u pacienta čo najlepšiu metabolickú kompenzáciu, potrebujeme zvoliť optimálny liečebný režim. Inzulínová liečba môže byť indikovaná v ktorejkoľvek fáze ochorenia, a hoci najčastejšie prichádza na rad až pri nedostatočnom efekte neinzulínových režimov, v určitých prípadoch je vhodná už na začiatku liečby diabetu. V tejto indikácii je výhodné a vo väčšine prípadov postačujúce použitie konvenčného inzulínového režimu pomocou bazálneho analógu, ktorý sa spája s nižším rizikom hypoglykémii a aj s nižšou náročnosťou pre pacienta oproti intenzifikovanému režimu. Cieľom prezentácie je poukázať na výrazný efekt inzulínovej liečby na zníženie glykémii u pacienta s novozisteným diabetes mellitus 2. typu, s významnou metabolickou dekompenzáciou v čase diagnózy. Po nasadení biosimilárneho inzulínu glargin v kombinácii s metformínom došlo v priebehu niekoľkých mesiacov k úprave hyperglykémii a významnému poklesu glykovaného hemoglobínu, pri dobrej tolerancii pacientom a bez výskytu hypoglykémii.

*Abstrakty neprešli jazykovou korektúrou.
Za obsah abstraktov zodpovedajú autori.*

